

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YETİŞKİN BİREYLERDE GENEL PSİKOPATOLOJİ PROFİLLERİ İLE
ŞİDDET EĞİLİMİ VE ŞİDDET DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Baise TIKIR

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2024

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YETİŞKİN BİREYLERDE GENEL PSİKOPATOLOJİ PROFİLLERİ İLE
ŞİDDET EĞİLİMİ VE ŞİDDET DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Baise TIKIR

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mahmut Saadi YARDIM**

ANKARA

2024

ONAY SAYFASI

**Yetişkin Bireylerde Genel Psikopatoloji Profilleri ile Şiddet Eğilimi
ve Şiddet Davranışı Arasındaki İlişki**
Öğrenci: Balse TIKIR
Danışman: Doç. Dr. Mahmut Saadi YARDIM

Bu tez çalışması 24.07.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Halk Sağlığı Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. L. Hilal Özcebe
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.Đ.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mahmut Saadi Yardım
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.Đ.

Üye: Prof. Dr. Deniz Odabaş
Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı A.Đ.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

26 Temmuz 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren .. ay ertelenmiştir.(2)
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

...../...../...

Baise TIKIR

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokollü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Mahmut Saadi YARDIM danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne göre yazıldığımı beyan ederim.

Baise TIKIR

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında benden destek ve yardımlarını esirgemeyen; özveri, nezaket ve içtenliğiyle tüm sorularıma sabırla yanıt veren; tez çalışmamın her bir satırında emeği olan danışmanım Doç. Dr. Mahmut Saadi Yardım'a teşekkürü bir borç bilirim.

Eğitimime katkıda bulunan Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine, Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Kerim Hakan Altıntaş'a, tez jürimde yer almayı kabul eden ve tez çalışmamın gelişmesine katkıda bulunan değerli jüri üyeleri Prof. Dr. L. Hilal Özcebe, Prof. Dr. Deniz Odabaş, Prof. Dr. Mine Esin Ocaktan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tez konumu belirlememde bana ufuk olan, etik ve ahlaki değerleriyle örnek aldığım Sayın Prof. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar'a çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, bana inanan ve destekleyen, aldığım diplomaların hepsinde benden daha çok emeği bulunan canım anneme; stresle yürüttüğüm çalışmalarımda sabırla bana tahammül eden, her türlü yükümü kaldıran yol arkadaşım eşruhum olan canım eşime, tez çalışmam nedeniyle kendilerini ihmal ettiğim zamanlarda bile bana anlayışlı olabilen, kendi sorumluluklarını alarak yükümü hafifleten çok sevdiğim biricik çocuklarım Ahmet ve Hasan'a, her zaman beni gözlerinde değerli kılan ablalarım, akrabalarım ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

ÖZET

TIKIR, B., Yetişkin Bireylerde Genel Psikopatoloji Profilleri ile Şiddet Eğilimi ve Şiddet Davranışı Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024. Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre; kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir grup veya topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği veya yoksunlukla sonuçlanma olasılığı yüksek olan, tehdit altında veya kasıtlı olarak fiziksel güç kullanımınıdır. Saldırganlık (agresyon), kendine veya başkalarına zarar verebilecek eylemleri temsil ederken, şiddet aşırı fiziksel zarara neden olmayı amaçlayan saldırganlık olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma sosyodemografik özellikler ve psikopatolojinin şiddet eğilimi ve agresyon ile ilişkisini araştırmaktadır. Veriler online platformlar (facebook, instagram, whatsapp) aracılığı ile ulaşılan bireylerden formları eksiksiz dolduran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 292 kişinin bilgilerinden elde edilmiştir. Katılımcıların öz bildirim ölçeklerinin (Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-R), Şiddet Eğilim Ölçeği (ŞEÖ), Açık Agresyon Ölçeği(AAÖ)) doldurulması sağlanmıştır. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde bireylerin 213'ü (%73) kadın, 79'u (%27) erkektir. 18-72 yaş aralığındaki katılımcıların yaş ortalaması $39,06 \pm 10,64$ 'tür. ŞEÖ, AAÖ ve sözel agresyon puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan, düşük gelir durumu olan, bekar olan ve çocuğu olmayanlarda ŞEÖ yüksektir. Çalışmamızda tüm SCL 90-R alt ölçekleri ile ŞEÖ ve AAÖ arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Özellikle, paranoid düşünce ölçeği puanları ile şiddet eğilimi arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Regresyon modellerine göre sosyodemografik özellikler ve sağlık durumu şiddet eğiliminin %22'sini, agresyonun ise %19'unu açıklamaktadır. Ayrıca tüm psikopatoloji alt ölçeklerinin şiddet eğiliminin %53'ünü açıkladığı; depresyon, öfke ve paranoyanın şiddet eğilimi için anlamlı düzeyde risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu bulgular ışığında sosyodemografik özellikler ve tüm psikopatoloji tipleri ile şiddet eğilimi ve agresyon arasında ilişki vardır. Depresyon, öfke ve paranoya şiddet için risk faktörleridir. Sonuç olarak, bu çalışma sosyodemografik özelliklerin ve psikiyatrik semptomların şiddet eğilimi ve agresyon üzerindeki etkilerini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, sağlık politikalarının ve şiddeti önleme programlarının, bireylerin sosyodemografik özellikleri ve psikopatolojilerini dikkate alarak şekillendirilmesi ve psikiyatrik müdahalelerin daha etkin kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, Şiddet Eğilimi, Agresyon, Psikopatoloji

ABSTRACT

TIKIR, B., The Relationship Between General Psychopathology Profiles and Violent Tendency and Aggressive Behavior in Adults. Hacettepe University, Graduate School of Health Science, Ph.D. Dissertation in Public Health, Ankara, 2024. According to the definition of the World Health Organization (WHO); It is the threatened or intentional use of physical force against oneself, another person, a group or community, that is likely to result in injury, death, psychological harm, developmental delay or deprivation. While aggression represents actions that may harm oneself or others, violence is defined as aggression intended to cause extreme physical harm. This study investigates the relationship of sociodemographic characteristics and psychopathology with violent tendencies and aggression. The data was obtained from the information of 292 individuals reached through online platforms (facebook, Instagram, WhatsApp) who filled out the forms completely and met the inclusion criterias in the study. Participants were asked to fill out self-report scales (Sociodemographic and Clinical Data Form, Psychological Symptom Screening Scale (SCL 90-R), Violence Tendency Scale (VTS), Overt Aggression Scale (OAS)). When the sociodemographic characteristics of the study participants are examined, 213 (73%) of the individuals are women and 79 (27%) are men. The average age of participants between the ages of 18-72 is 39.06 ± 10.64 . VAS, AAS and verbal aggression scores were found to be significantly higher in males than in females. VAS is high in those who are primary school graduates, have low income, are single and have no children. In our study, significant relationships were found between all SCL 90-R subscales and VAS and AAS. In particular, a positive relationship was found between paranoid thought scale scores and violent tendencies. According to regression models, sociodemographic characteristics and health status explain 22% of the tendency towards violence and 19% of aggression. Additionally, all psychopathology subscales explained 53% of violent tendencies; Depression, anger and paranoia have been found to be significant risk factors for violent tendencies. In the light of these findings, sociodemographic characteristics and all types of psychopathology are associated with violent tendencies and aggression. Depression, anger, and paranoia are risk factors for violence. In conclusion, this study revealed the effects of sociodemographic characteristics and psychiatric symptoms on violent tendencies and aggression. These results emphasize that health policies and violence prevention programs should be shaped by taking into account individuals' sociodemographic characteristics and psychopathologies, and psychiatric interventions should be used more effectively.

Key Words: Violence, Violent Tendency, Aggression, Psychopathology

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xii |
| TABLolar | xiii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1.Şiddet, Şiddet Eğilimi ve Saldırganlık Kavramları | 2 |
| 2.2. Şiddetin Sınıflaması | 2 |
| 2.2.1. Kendine Yönelik Şiddet | 3 |
| İntihar | 3 |
| Kendine Yönelik Zarar Verici Davranışlar (Self Mutilasyon) | 4 |
| 2.2.2. Kişiler Arası Şiddet | 4 |
| Aile/Partner Şiddeti | 4 |
| Tanıdık/Yabancı | 5 |
| 2.2.3. Kolektif Şiddet | 6 |
| Sosyal Şiddet | 6 |
| Politik Şiddet | 6 |
| Ekonomik Şiddet | 6 |
| 2.3. Şiddetin Nörobiyolojisi | 7 |
| 2.3.1. Serotonin | 7 |
| 2.3.2. Dopamin | 8 |
| 2.3.3. GABA | 8 |
| 2.4. Şiddetin Psikofarmakolojisi | 9 |
| 2.4.1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) | 9 |

| | |
|--|----|
| 2.4.2. Antipsikotik ilaçlar | 9 |
| 2.4.3. Antiepileptik İlaçlar | 10 |
| 2.5. Halk Sağlığı ve Şiddet | 11 |
| 2.5.1. Kişilerarası şiddet için risk faktörleri | 12 |
| Bireysel Düzeyde | 12 |
| Mikrosistem Düzeyinde | 14 |
| Ekzosistem Düzeyinde | 15 |
| Makrosistem Düzeyinde | 16 |
| 2.5.2. Şiddeti Önleme Çalışmaları | 17 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 18 |
| 3.1. Araştırmanın Yeri | 18 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni | 18 |
| 3.3. Araştırmanın Örneklemi | 18 |
| 3.4. Araştırmanın Tipi | 19 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 19 |
| 3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi | 19 |
| 3.7. Veri Toplama Araçları | 19 |
| 3.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu | 19 |
| 3.7.2. Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-R) | 19 |
| 3.7.3. Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) | 21 |
| 3.7.4. Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) | 21 |
| 3.8. Araştırmanın Veri Analizi | 21 |
| 3.9. İdari ve Etik Kurul İzinleri | 22 |
| 3.10. Takvim | 22 |
| 3.11. Bütçe | 23 |
| 4. BULGULAR | 23 |
| 5. TARTIŞMA | 45 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 69 |
| 7. KAYNAKLAR | 71 |
| 8. EKLER | |
| EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu | |
| EK 2. SCL 90-R Ölçeği | |

EK 3. Şiddet Eğilimi Ölçeği

EK 4. Açık Agresyon Ölçeği

EK 5. Cinsiyete Göre SCL 90-R Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) ve Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) Toplam ve Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyonlar

EK 6. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Yazısı

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|-----------------|---|
| 5-HT | Serotonin (5-hidroksitriptamin) |
| 5-HIAA | 5-Hidroksi İndol Asetik Asit |
| AAÖ | Açık Agresyon Ölçeği |
| ANOVA | Tek yönlü varyans analizi |
| DA | Dopamin |
| DHT | 5 alfa-dihidrotestosteron |
| DSM-5 | Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GABA | Gama Aminobütirik Asit |
| MAO-A | Monoamin oksidaz A |
| mPO-AH | Medial preoptik ön hipotalamus |
| NE | Norepinefrin |
| SCL 90-R | Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği |
| SSRI | Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri |
| SPSS | Statistic Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) |
| ŞEÖ | Şiddet Eğilimi Ölçeği |
| Tser | Serum testosteron |
| Tsal | Serbest testosteron |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |

TABLOLAR

| | |
|---|----|
| 4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri | 23 |
| 4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri | 25 |
| 4.3. Cinsiyet ile SCL 90-R Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki | 25 |
| 4.4. Katılımcıların SCL 90-R Alt Ölçekleri Kesme Puanına Göre Yüksek ve Normal Olma Durumuna Göre Sayı ve Yüzdeleri | 27 |
| 4.5. Kadın ve erkeklerde SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Değerlendirilmesi | 28 |
| 4.6. Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Değerlendirilmesi | 29 |
| 4.7. Cinsiyet ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki | 30 |
| 4.8. Sosyodemografik Özellikler ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki | 32 |
| 4.9. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki | 33 |
| 4.10. Sosyodemografik Özellikler ile Açık Agresyon Puanları Arasındaki İlişki | 34 |
| 4.11. Çalışmaya Katılan Bireylerin Klinik Özellikleri, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Açık Agresyon Puanları Arasındaki İlişki | 35 |
| 4.12. SCL 90-R Alt Ölçek Puanları ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki | 37 |

| | |
|--|----|
| 4.13. Sosyodemografik Veriler (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Durumu, Medeni Durum, Çocuk Durumu) ve Sağlık Durumu Kontrol Edildiğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile ŞEÖ Arasındaki İlişki | 38 |
| 4.14. Sosyodemografik Veriler (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Durumu, Medeni Durum, Çocuk Durumu) ve Sağlık Durumu SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Arasındaki İlişki | 38 |
| 4.15. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 39 |
| 4.16. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 39 |
| 4.17. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 40 |
| 4.18. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden SCL 90-R Alt Ölçeklerine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 41 |
| 4.19. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 42 |
| 4.20. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 43 |
| 4.21. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 44 |
| 4.22. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden SCL 90-R Alt Ölçeklerine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi | 45 |

1. GİRİŞ

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre; kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir grup veya topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği veya yoksunlukla sonuçlanma olasılığı yüksek olan, tehdit altında veya kasıtlı olarak fiziksel güç kullanımınıdır(1). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 150.000 yaralanmaya bağlı ölümün %31'i şiddetten kaynaklanmaktadır. Kasıtlı yaralanma ölümlerinin %62'si intihar, %37'si cinayet ve %1'inden azı yasal müdahaleler nedeniyle oluşmaktadır (2). Kişilerarası şiddet 15-29 yaş ölümlerinin 2. en önde gelen nedenidir (3). Küresel Hastalık Yüklü Araştırması kadınların yaşam boyu fiziksel veya cinsel yakın partner şiddetine veya her ikisine birden maruz kalma prevalansını %30 olarak belirlemiştir (4). DSÖ çocukların dörtte bir buçuğunun bir bakıcı tarafından fiziksel istismara uğradığını, yaşlıların ise %4-6'sının aile üyeleri tarafından bir tür istismara maruz kaldığını tahmin etmektedir (5,6). 1996 yılında, Dünya Sağlık Toplantısı'nda şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu ilan edilmiştir (7).

Küresel Şiddeti Azaltma Konferansı'nda, mevcut şiddeti önleme müdahaleleri neticesinde cinayet oranlarının 1990'ların ortasından bu yana dünyanın birçok yerinde dramatik bir biçimde düşüş olduğunu gösteren kanıtlar sunmuştur (8). Fakat hala şiddet suçları yüksek oranlarda rapor edilmektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2019 Küresel Cinayet Araştırmasına göre 2017 yılında şiddet içeren suçlardan 464.000 kişi ölmüştür (9).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemlerinin henüz ruhsal bozukluğu olan kişilerin ihtiyaçlarına yeterince yanıt veremediğini ve önemli ölçüde kaynak sıkıntısı çekildiğini bildirmiş, tedavi ihtiyacı ile tedavi sağlanması arasındaki uçurumun tüm dünyada çok geniş olduğunu ifade etmiştir. Örneğin, psikozlu kişilerin yalnızca %29'u ve depresyonlu kişilerin yalnızca üçte biri resmi ruh sağlığı bakımı almaktadır (10). Şiddeti önlemek için birçok disiplinin entegre bir şekilde çalışması gerekmektedir. Bu disiplinlerden biri de şiddete biyolojik düzeyde müdahale eden psikiyatri alanıdır. Bu çalışmanın yakın dönem amaçları:

1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile şiddet eğilimi ve şiddet davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi,

2. Bireylerin psikopatoloji düzeylerinin ve tiplerinin şiddet eğilimi ve şiddet davranışı ile ilişkisinin incelenmesi,

3. Bu veriler ışığında Halk Sağlığı alanının şiddete yönelik müdahale ve önleme çalışmalarında psikiyatrik yaklaşımların yerinin tartışılmasıdır.

Bu çalışmanın uzun dönem amaçları:

1. Literatüre katkıda bulunmak,
2. Şiddete yönelik müdahale ve önleme çalışmalarında psikiyatrik müdahalelerin önemini vurgulamak,
3. Şiddete yönelik müdahalelerde yol gösterici kaynak oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Şiddet, Şiddet Eğilimi ve Saldırganlık Kavramları

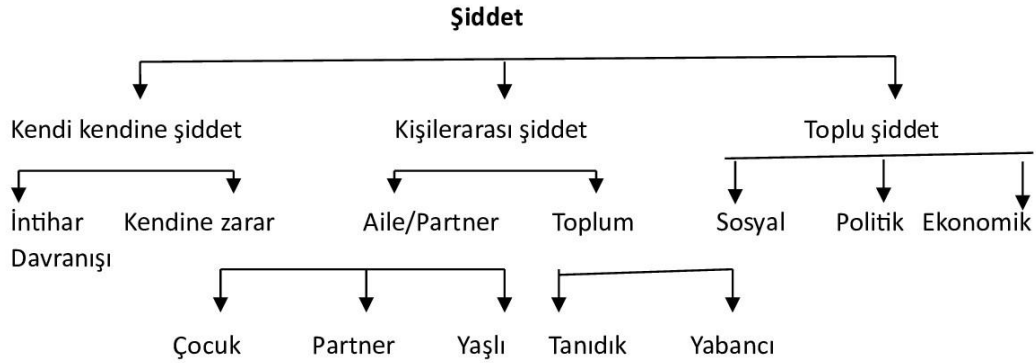
Şiddet ve saldırganlık terimleri genellikle eş anlamlı olarak kullanılsa da aralarında farklılıklar söz konusudur. Saldırganlık, kendine veya başkalarına zarar verebilecek eylemleri temsil ederken (sözel, fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik şiddet vb.), şiddet ise aşırı fiziksel zarara neden olmayı amaçlayan saldırganlık olarak tanımlanmaktadır (11).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'e (DSM-5) göre saldırganlık; "Başkalarını tehdit etmek, zorbalık yapmak, rahatsız etmek, taşla, silahla vb. yaralamak, hırsızlık yapmak, cinsel ilişkiye zorlamak gibi davranış biçimleri insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık olan davranış bozukluğunun belirtileridir (12).

Şiddet eğilimi ise, bireylerin şiddete ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarından oluşmaktadır. Bu kavram bireylerin yalnızca şiddet davranışları ile sınırlı değildir; herhangi bir durumda şiddete başvurmak kadar şiddet kullanımının haklı olduğunu düşünmek de şiddet eğilimi anlamına gelebilmektedir (13).

2.2. Şiddetin Sınıflaması

Şiddet ve sağlık ile ilgili Dünya Raporu'nda kullanılan tipoloji şiddeti, kimin işlediğine göre 3 kategoriye ayırmaktadır: Kendi kendine şiddet, kişiler arası şiddet, toplu şiddet (14)(Şekil 1).



Şekil 1. Şiddetin Tipolojisi

2.2.1 Kendine Yönelik Şiddet

Kendine yönelik şiddet üç başlıkta incelenebilir: İntihar (tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşünceleri) ve kendine yönelik zarar verici davranışlar (self-mutilasyon).

İntihar

Durkheim'e göre; "nasıl bir sonuç vereceği bilinen, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin dolaysız ya da dolaylı sonucu olan her ölüm edimine intihar denir (15). Amerika'da İntiharı Önleme Araştırmaları Merkezinin kurduğu komite intihar davranışını üç grupta sınıflamıştır:

Tamamlanmış intihar: Ölümle sonuçlanan intihar davranışlarıdır.

İntihar girişimi: Bireyin kendini öldürme niyetiyle gerçekleştirdiği ancak yarım kalan ve ölümle sonuçlanmayan davranışlardır.

İntihar düşünceleri: Bireyin açıkça ifade ettiği kendini öldürme isteği, planları ve açık tehditleridir (16).

Dünya Sağlık Örgütü 2023 verilerine göre her yıl 700.000'den fazla insan intihar nedeniyle ölmektedir. İntihara teşebbüs eden çok daha fazla insan bulunmaktadır. Daha önce intihar girişiminde bulunulması intihar için önemli bir risk faktörüdür. İntihar, 15-29 yaş arası gençler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir. Küresel intiharların %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Böcek ilacı yutmak, ası ve ateşli silahlar dünya çapında en yaygın intihar yöntemleri arasında yer almaktadır (17).

Kendine Yönelik Zarar Verici Davranışlar (Self Mutilasyon)

Kendine zarar verme davranışı genel olarak tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimdir. Kendine yönelik zarar verici davranışların tahmini yaşam boyu yaygınlık oranı %4-20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (18-20). Kendine zarar verme eylemi; ebeveynleri olmayan, bekar ve gelir düzeyi düşük kişiler ile ilişkilendirilmiştir ve çoğunluğunun (%63,82) mevcut en az bir psikiyatrik bozukluğu bulunmaktadır. Ayrıca bu durumun, intihar düşüncesi ve intihar girişimiyle güçlü bir şekilde ilişkisi bulunmaktadır (20).

2.2.2. Kişiler Arası Şiddet

Kişiler arası şiddeti 2 kategoride incelemek mümkündür: Aile/Partner Şiddeti ve Toplum Şiddeti.

Aile/Partner Şiddeti

Aile/partner şiddeti, bir bireyin başka bir birey üzerinde güç kazandığı istismarcı davranışlardır. Yakın partner şiddeti, çocuk ve yaşlı şiddeti bu guruba girmektedir. Yakın partner şiddeti tipik olarak cinsel, fiziksel veya psikolojik şiddeti ve takip etmeyi içermektedir. Buna eski veya mevcut partnerler de dahil olabilmektedir. Çocuk şiddeti, 18 yaşın altındaki bir çocuğun ebeveyni, vasisi veya bakıcısı tarafından potansiyel zarar veya zarar tehdidiyle sonuçlanan duygusal, cinsel ve fiziksel şiddeti içermektedir. Yaşlı şiddeti, bakım verenin yaşlıya zarar vermesine neden olan veya zarar verme riski yaratan kasıtlı bir eylemde bulunmasıdır (21).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15-49 yaş arası, bir ilişki içinde olan kadınların dörtte birinden fazlası, hayatları boyunca en az bir kez (15 yaşından itibaren) birlikte oldukları partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalıyor. Yaşam boyu yakın partner şiddeti Avrupa'da %22 ve Amerika'da %25 Afrika ve Asya'da %33'tür. Dünya çapında kadın cinayetlerinin yüzde 38'i birlikte olduğu erkekler tarafından işlenmektedir. Yakın partner şiddetine ek olarak, dünya genelinde kadınların %6'sı partneri dışındaki bir kişi tarafından cinsel saldırıya uğradığını bildirmektedir (22).

Çocuk şiddetinde 6 şiddet tipinde bahsetmek mümkündür: Kötü muamele, zorbalık, gençlik şiddeti, yakın partner şiddeti (veya aile içi şiddet), cinsel şiddet, duygusal veya psikolojik şiddet. Çocuklara yönelik şiddetin çocukların, ailelerin,

toplulukların ve ulusların sağlığı ve refahı üzerinde yaşam boyu etkileri vardır. Ölüm, ağır yaralanmalar, beyin ve sinir sistemi gelişiminin bozulması, olumsuz bařa çıkma ve sağlık riski taşıyan davranışlar, istenmeyen gebelikler, dūřuk, jinekolojik sorunlar ve HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve diğer sağlık sorunlarına ilişkin artan riskler çocuk şiddetinin sonuçlarıdır (23). Dūnya çapında 2-17 yař arası 1 milyara yakın çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete veya ihmale maruz kaldığı tahmin edilmektedir (24).

Yaşlıya yōnelik şiddet, kadınlara, çocuklara uygulanan şiddet kadar yoğunlukta olmasa bile gōr÷lmektedir. Ulusal Araştırma Konseyine gōre, yaşlıyla ilişki içinde olan kişilerin veya bakıcıların, bireyde zarara neden olan ve risk taşıyan kasıtlı eylemleri ile birlikte tasarlanmış olsun ya da olmasın bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamada ve zararlardan korumadaki başarısızlıkları/ilgi eksiklikleri de yaşlıya karşı uygulanan şiddet olarak tanımlanmaktadır (25). Yaşlılara yōnelik şiddet yaygınlığı %5,9 ile %20,9 arasındadır. Bunların arasında kadınlar çoğunluktadır ve 60-80 yaş arası eğitimi olmayan, geliri olmayan, çoklu hastalığı olan ve son 1 yıl içinde hastane yatışı olan yaşlılar daha çok risk altındadır (26).

Tanıdık/Yabancı şiddeti

Tanıdık şiddeti, mağdurun bir veya daha fazla faili en azından gōrerek tanıdığı, ancak partnerleri, eski partnerleri, ev halkı üyelerini ve diğer akrabaları kapsamadığı saldırıları ve girişimleri içerir. Yabancı şiddeti ise, bir suçlunun tanımadığı bir mağdura saldırması durumunda ortaya çıkar. Bu, failin ailesinin bir parçası olmayan, arkadaşı ya da iş arkadaşı olmayan ve herhangi bir şekilde tanıdığı olmayan bir mağduru ifade eder. Yabancılar tarafından şiddete maruz kalmaya sağlıkta şiddet ve sporda şiddeti (ayrıca tanıdık şiddeti de olabilir) örnek gōsterebiliriz.

Sağlık alışanlarının %8 ila %38'i kariyerlerinin bir noktasında fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Çok daha fazlası tehdit edilmekte ya da sōzlü saldırıya maruz kalmaktadır. şiddetin bñy÷k bir kısmı hastalar ve ziyaretçiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca afet ve çatışma durumlarında sağlık çalışanları kolektif veya politik şiddetin hedefi haline gelebilmektedir. En fazla risk altında olan sağlık çalışanları kategorileri arasında hemşireler ve hasta bakımıyla doğrudan ilgilenen diğer personel, acil servis personeli ve sağlık gōrevlileri yer almaktadır (27).

Sportif müsabakalar ya da yarışmalar sırasında sporcuların biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve çevresel sebeplerden etkilenecek hakeme, rakibine veya kendi takım arkadaşlarına karşı yapmış olduğu kural dışı davranışlara sporda şiddet denilmektedir. Ülkemizde de bu tür şiddetin örnekleri zaman zaman görülmektedir. Sporda şiddeti ortaya çıkaran sosyolojik, psikolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal birçok neden bulunmaktadır.

2.2.3. Kolektif Şiddet

Kolektif şiddet genel olarak çok sayıda insanın fiziksel, duygusal veya psikolojik olarak yaralanmasıyla sonuçlanan kasıtlı şiddet içeren suç eylemi olarak tanımlanabilir. Kolektif şiddeti üç başlıkta incelemek mümkündür: Sosyal şiddet, politik şiddet, ekonomik şiddet.

Sosyal Şiddet

Sosyal şiddet (toplumsal şiddet olarak da bilinir), sosyal veya toplumsal bir etki yaratmak veya bir kişiye ciddi fiziksel ve duygusal zarar vermek amacıyla bireyler veya bireylerden oluşan bir topluluk tarafından gerçekleştirilen, bir grup insana veya bir bütün olarak topluma yönelik fiziksel veya duygusal saldırı eylemleri içeren her türlü şiddet anlamına gelir. Bu eylemler doğrudan veya dolaylı olabilir ve ülkeler arasında hedeflenen sosyal ayrımcılık, terörizm, fiziksel saldırı ve çete şiddetine kadar çeşitli biçimlerde görülebilir (28).

Politik Şiddet (Siyasal Şiddet)

Politik şiddet, siyasi hedeflere ulaşmak için uygulanan şiddettir. Bir devletin diğer devletlere karşı uyguladığı şiddeti (savaş), bir devletin sivillere ve devlet dışı aktörlere karşı uyguladığı şiddeti (psikolojik savaş, polis şiddeti, hedefli suikastlar, işkence, soykırım) ve devlet dışı aktörlerin devletlere ve sivillere karşı kullandığı şiddeti (adam kaçırma, hedefli suikastlar, terör saldırıları, işkence, psikolojik ve/veya gerilla savaşı) içerir. Ayrıca devlet dışı aktörlerin bir devlete karşı kullandığı siyasi amaçlı şiddeti de tanımlayabilir (isyan, ayaklanma, vatana ihanet veya darbe) (29-31)

Ekonomik Şiddet

Bir bireye ekonomik açıdan zarar veren herhangi bir eylem veya davranış ekonomik şiddet olarak adlandırılmaktadır. Ekonomik şiddet, örneğin mülke zarar verilmesi, mali kaynaklara, eğitime, işe erişimin kısıtlanması veya nafaka gibi ekonomik sorumluluklara uyulmaması şeklinde olabilir. Ekonomik şiddet sıklıkla

yakın ilişkiler bağlamında ortaya çıkar. Özellikle ekonomik kaynaklar üzerindeki kontrol, kadınların istismarcı ilişkilerden ayrılma olasılığını kısıtlayan ana nedenlerden biridir (32). Ekonomik şiddetin uygulanması için fiziksel yakınlığa gerek yoktur; ayrılıktan sonra devam edebileceği veya başlayabileceği anlamına gelir; örneğin, failler nafaka ödemeyi reddedebilir veya mağdurları adil olmayan mali anlaşmaları kabul etmeye zorlayabilir. Yakın ilişkilerdeki ekonomik şiddet sıklıkla diğer yakın partner şiddeti (fiziksel, psikolojik ve cinsel) ile birlikte ortaya çıkar (33).

2.4. Şiddetin Nörobiyolojisi

Anatomik olarak agresyondan sorumlu başlıca alanlar amigdala, limbic prefrontal bölgeler- orbitofrontal korteks ve anterior sigulat korteks (ACC)- ve Striatum'dur (34). Agresyon üzerinde etkili olduğu kanıtlanmış başlıca nörokimyasallar ise serotonin, dopamindir ve Gama Amino Bütirik Asit (GABA)'tir. Psikofarmakolojik ajanlar başlıca bu nörokimyasallar üzerinden geliştirilmiştir.

2.4.1. Serotonin

Serotonin (5-hidroksitriptamin, 5HT) ilk olarak 1948 yılında plateletler tarafından salgılanan ve damar düz kaslarını kasarak vasküler tonusu artıran bir madde olarak tanımlanmıştır. 1952 yılında gastrointestinal sistemde salındığı 1953 yılında ise beyinde bulunduğu keşfedilmiştir. O yıllardan itibaren beyindeki serotonin aktivitesindeki bozulmaların psikiyatrik hastalıklarda önemli rol oynayabileceği düşünülerek bilimsel çalışmalar yapılmış ve günümüzde serotonin depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi birçok psikiyatrik hastalık için geliştirilen ilaçların temel hedefi konumundadır (35). Serotoninin saldırganlıkla yakından bağlantılı etkileri; dürtülerin engellenmesi, duyguların düzenlenmesi ve sosyal işlevsellikteki rolünün değerlendirilmesini içeren geniş bir çerçevede analiz edilir. Serotonerjik işlev bozukluğu, bireyin dürtü kontrolüne, duygusal düzenlemesine ve sosyal yeteneklerine bağlı olarak saldırganlığı farklı şekilde etkiler (36). Klinik öncesi deneyler, 5-HT1 ve 5-HT2 reseptör ailelerinin saldırganlıkta önemli bir rolü olduğuna dair kanıt sağlamıştır. 5-HT1A reseptörlerinin aktivasyonunun, sistemik olarak veya doğrudan beyne uygulamadan sonra saldırganlığı azalttığı gösterilmiştir (37).

Hayvan çalışmalarında beyin serotonininin tükenmesinden sonra

kemirgenlerde saldırganlığın arttığı belirlenmiştir. Örneğin, bir çalışmada sıçanlarda serotoninin azalması, farelerin öldürülmesinin artmasına neden olmuştur. Ergen resuslar ile ilgili bir çalışmada ise, düşük BOS 5-Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HIAA)'lı 13 denek daha ciddi saldırgan davranış biçimleri sergilemiştir (38) .

2.4.2. Dopamin

Beyindeki katekolaminlerden norepinefrinin öncülüdür. Merkezi sinir sisteminde önemli bir yeri vardır. Mezokortikolimbik dopamin sistemi, saldırgan davranışın başlatılması, yürütülmesi, sonlandırılması ve sonuçlarında rol oynar (39). Preklinik çalışmalarda, saldırganlığın modülasyonunda dopamin D1, D2 ve D3 reseptörlerinin rolü kanıtlanmıştır. Dopamin D2 reseptörlerinin önemli bir rolü olduğuna dair daha ikna edici kanıtlar, kedilerde defansif-agresif davranışa odaklanan çalışmalardan gelmektedir. Medial preoptik alan ve anterior hipotalamus bölgesindeki dopamin D2 reseptörleri, kedide afektif savunma davranışını kolaylaştırır (40). Dopamin D1 antagonisti SCH 23390'ın bu bölgeye mikroenjeksiyonu, kedilerde apomorfın kaynaklı tıslamanın kolaylaştırılmasını engellemedi, ancak haloperidol ve sülpirid enjeksiyonu bu duygusal savunma davranışını engelledi. Bu sonuçlar, medial preoptik ön hipotalamus (mPO-AH) bölgesindeki dopamin D2 reseptörlerinin dopaminerjik stimülasyonunun, kedide afektif savunma davranışının ifadesini kolaylaştırdığını göstermektedir. İnsan saldırganlığında, en sık ve kalıcı farmakoterapötik müdahaleler, dopaminerjik antagonistler (yani antipsikotik) olarak hareket eden bileşiklere dayanır. Örneğin, dopamin D2 reseptör antagonisti haloperidol, psikotik hastalarda saldırgan davranış tedavisi için yıllardır kullanılmaktadır. Bu ilaç aynı zamanda demanslı bireylerde ve borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde olduğu kadar davranış bozukluğu ve saldırganlık sergileyen çocuk ve ergenlerde de şiddetli patlamaları azaltır (37) .

2.4.3. Gama Aminobütirik Asit (GABA)

1950 yılında ilk defa MSS'nin bir parçası olarak gösterilmiştir. Beyindeki temel inhibitör nörotransmitter olup nöronlarda hiperpolarizasyon yaparak ve diğer transmitterlerin salınımını azaltarak doğrudan baskılayıcı bir işlev görür. GABA'nın özellikle epilepsi, alkolizm, madde kötüye kullanımı ve uyku bozuklukları ile ilgili olduğu bilinmektedir (41) .

2.5. Şiddetin Psikofarmakolojisi

Şiddet davranışı üzerinde yapılan çalışmalar serotonin, dopamin ve GABA üzerinde yoğunlaşmış ve en kuvvetli kanıtlar Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), antipsikotikler (dopamin) ve antiepileptikler (GABA) ile ilgilidir.

2.5.1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

SSRI gibi antidepresan ilaçların sadece üzüntü ve disforiyi değil, aynı zamanda depresyonun özellikleri olan sinirlilik ve öfkeyi de iyileştirmede etkili olduklarını göstermektedir. Tekrarlanan dozlarda antidepresanların olumsuz duygulanım veya saldırganlıkla ilgili davranışlar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalardan Knutson'un çalışmasında 4 hafta boyunca 46 sağlıklı gönüllüye bir SSRI (paroksetin 20 mg/gün) veya plasebo uygulandı. Buss Durkee Düşmanlık Envanteri, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS)'ın iki alt ölçeği (saldırı ve sinirlilik) üzerindeki etkileri ve başlangıçta, 1 ve 4 hafta sonra etkileri değerlendirildi. Saldırı ve olumsuz etkilerin, plaseboya kıyasla hem 1 hem de 4 haftalık paroksetinden sonra önemli ölçüde azaldığı bulundu. Saldırı, sinirlilik, olumsuz duygulanım ve bağımlılık davranışındaki değişiklikler, çalışmanın sonunda plazma paroksetin seviyeleri ile ilişkiliydi (42). Paroksetin, 8 hafta süren başka bir çalışmada da kullanıldı. Katılımcılar, suç davranışı geçmişi olan 12 erkek denekti. Plasebo kontrollü yapılan bu çalışmada paroksetinin agresif yanıt ve dürtüsel tepkileri giderek azalttığı tespit edildi (43). Premenstrüel disforik bozuklukta, premenstrüel sinirlilik ve saldırganlık semptomlarının SSRI'lara yanıt verebileceğine dair bazı kanıtlar vardır (44). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan dürtüsel agresif hastaların fluoksetin ile tedaviden önce ve 12 hafta sonra Pozitron Emisyon Tomografisi taraması yapıldı. Fluoksetinin, dürtü kontrolü ile ilişkili bir alan olan orbitofrontal kortekste saldırganlığı azalttığı ve metabolik hızı arttırdığı bulundu (45).

2.5.2. Antipsikotik ilaçlar

Çocuklar ve ergenlerle, biri davranım bozukluğu olan ve diğeri ortalamanın altında zeka ile ilişkili davranım bozukluğu olan bir grup bireyle yapılan çift-kör çalışma, risperidon ve plaseboyu karşılaştırmış ve risperidonun saldırganlık için iyi tolere edilen ve etkili bir ilaç olduğunu bulmuştur (46). Saldırganlık semptomları, plasebo grubuyla karşılaştırıldığında sonraki altı ay boyunca saldırganlığın kontrolünde etkili olan ortalama 1.5 mg/gün doz kullanılarak 3 ila 4 hafta içinde

kontrol edilmiştir. Saldırganlık ve dürtüsellığı kontrol etmek için risperidon kullanan 80 otizmli bireyi içeren retrospektif bir çalışma altı aylık tedaviden sonra %60'ın üzerinde pozitif sonuç olduğunu belirtmektedir (47). Olanzapin ile yapılan prospektif bir çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları ve ortalama altı zekaya sahip 16 ergen, Olanzapin ortalama 13.7 mg/gün dozunda kullanıldığında iritabilitenin kontrolünde etkili bulunmuştur. Davranım bozukluğu olan ve diğer tedavilere yanıt vermeyen 23 ergenin klinik tablolarının gözden geçirilmesinde de benzer bulgular bildirilmiştir. Olanzapin bu hastaların %60'ında etkilidir. Findling 8 hafta boyunca davranım bozukluğu teşhisi konan 17 orta derecede agresif çocukla, ketiapinin etkili olduğunu ve ortalama 150 mg/gün dozunda iyi tolere edildiğini bulmuştur. Dokuz çocukla 26 hafta daha devam edildiğinde ve tüm bu süre boyunca saldırganlığın kontrolünde olumlu sonuçlar görülmüştür. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu tanısı konan ve tek başına metilfenidat tedavisine tatmin edici yanıt vermeyen 24 agresif ergen ile yapılan prospektif bir çalışma, maksimum 600 mg doz uygulandığında %79'unun saldırganlık modellerini iyileştirdiğini bulmuştur (48). Akut agresyon ve kronik agresyona müdahale birbirinden farklı olabilir. Akut agresyon tedavisi üzerine yapılan bir derlemede, çoğu randomize plasebo kontrollü çalışma veya metaanaliz olan makaleler incelendiğinde, tedavi yöntemi olarak kullanılan antipsikotikler, benzodiyazepinler ve duygudurum düzenleyicilerden lityum ile yapılan çalışmalarda en etkili tedavi kanıtlarının antipsikotik ilaçlara ait olduğu tespit edilmiştir (49).

2.5.3. Antiepileptik ilaçlar

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda (n= 14) yapılan çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, karbamazepin, plaseboya (n=11) kıyasla davranış bozukluğunun şiddetini önemli ölçüde azaltmıştır (50). Agresif erkeklerde (n= 7) yapılan çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada ise, 6 haftalık karbamazepin uygulamasından sonra dürtüsel agresif patlamalarda diğerlerine kıyasla önemli bir azalma olduğu gösterilmiştir. Yine bu grupta 6 haftalık valproat (750 mg/gün) uygulamasından sonra dürtüsel agresif patlamalarda önemli bir azalma olduğunu göstermiştir (51). Sağ frontal lob enfarktüsü nedeniyle benzodiazepine dirençli dürtüsel saldırganlığı olan 50 yaşındaki bir erkekle ilgili bir vaka çalışması, karbamazepin (200 mg/gün) ile tedavi sırasında 2 haftalık bir süre boyunca ajitasyon

ve dürtüsel saldırgan eylemlerde kademeli bir azalma bildirmiştir (52). . Randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, Küme B kişilik bozuklukları (n= 96), aralıklı patlayıcı bozukluk (n= 116) veya travma sonrası stres bozukluğu için DSM-IV kriterlerini karşılayan agresif psikiyatrik ayaktan hastalar (n= 34) 12 hafta boyunca divalproeks sodyum veya plaseboya randomize edilmiştir. Saldırganlık skorları, tedavinin son 4 haftasında alınmış; plasebo ile karşılaştırıldığında, divalproex sodyum, Küme B kişilik bozukluğunda dürtüsel saldırganlığın tedavisinde etkili bulunmuştur (53).

2.3. Halk Sağlığı ve Şiddet

Bir uzmanlık alanı olarak halk sağlığı, çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Alt çalışma alanları olan halk sağlığı genel olarak ölümleri geciktirme ve sağlığı koruma ve geliştirme bilim ve sanatı olarak tanımlanmaktadır. Halk sağlığının kökeni, bulaşıcı hastalık salgınlarının kontrolüne dayanmaktadır; ancak günümüzde hastalıklar ve hastalıkların oluşmasında rol oynayan faktörler üzerinde çalışmaktadır. Halk sağlığı, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Halk sağlığı, son yıllarda çeşitli disiplinleri ve metodolojik yöntemleri kucaklayan bir yaklaşımla çalışmaktadır. Dolayısıyla şiddetin önlenmesi gibi karmaşık bir soruna modern bir halk sağlığı yaklaşımıyla değerlendirmek için niteliksel ve niceliksel yöntemlerin harmanlanması gerekmektedir. Bu disiplinler arası hatta transdisipliner yaklaşım özellikle şiddet gibi karmaşık sorunları ele alma konusunda oldukça önemlidir (54).

Dünya Sağlık Örgütü Toplantısı'nda 1996 yılında şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu ilan edilmiştir (7). Kişilerarası şiddet 2013 yılında dünya çapında en önemli 20 ölüm nedeni arasında ve kaybedilen yaşam yıllarının 22. önde gelen nedeni arasında yer almıştır. kişilerarası şiddet, 20-44 yaş grubunda kadın ve erkeklerde ikinci en önemli ölüm nedenidir. kişilerarası şiddet, 2013 yılında birçok ülkede ve küresel bölgede kaybedilen yaşam yıllarının ilk 10 nedeni arasında yer almış; Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi'nde ikinci, Sahra Altı Afrika'da ise beşinci en yüksek neden olmuştur. Avrupa genelinde yüksek olmasa da Arnavutluk ve Rusya'da ilk 10'da yer almıştır (55).

Şiddeti önleme programlarının kökenleri gelişim psikolojisinden kaynaklanan bir model olan ekolojik modele dayanmaktadır. Gücü, bir bireyin sergilediği şiddet

içeren davranışı, bir dizi genişleyen bağlama yerleştirmekte yatmaktadır; böylece bir birey üzerinde aynı anda birden fazla etkinin etkili olabileceğini anlamamıza olanak sağlamaktadır (56).

Ekolojik Model

1. Birey: Cinsiyet, yaş, mizaç ..vb
2. Mikrosistem: Aile, akranlar, okul.. vb
3. Ekzosistem: Komşuluklar, geniş aile, sağlık, sosyal ve yasal servisler, medya.. vb
4. Makrosistem: Devlet sosyal programları ve politikaları, sosyoekonomik faktörler, kültürel ideolojiler.. vb.

Geleneksel olarak, “risk faktörleri” ve “koruyucu faktörler” terimleri, kötü sonuç olasılığını artıran (risk faktörleri) veya azaltan (koruyucu faktörler) faktörleri belirtmek için kullanılmıştır. Genellikle risk faktörleri ve koruyucu faktörler bir sürekliliğin zıt kutuplarıdır; örneğin, saldırgan akranlar şiddet olasılığını artırırken, prososyal akranlar şiddet olasılığını azaltır. Temel olarak şiddeti önleme çalışmaları, risk faktörlerini azaltmayı ve koruyucu/teşvik edici faktörleri artırmayı hedeflemektedir.

2.3.1. Kişilerarası şiddet için risk faktörleri

Bireysel Düzeyde Risk Faktörleri

Cinsiyet

Kişilerarası şiddette androjenlerin rolü tartışmalıdır. Yapılan bir çalışmada 20-30 yaşları arasındaki 117 sağlıklı genç erkekte tükürükteki serum testosteron (Tser), 5 alfa-dihidrotestosteron (DHT) ve serbest testosteron (Tsal) konsantrasyonları ile cinsel saldırganlık da dahil olmak üzere saldırganlığın çeşitli bileşenleri ile ilişkileri incelenmiş, her üç androjen de spontan saldırganlığın öz değerlendirilmesiyle güvenilir pozitif korelasyonlar göstermiştir. Saldırganlık, Tser ve DHT ile pozitif, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon sergilemiştir (57). Erkeklerin şiddetle tehdit edilme, silahla yaralanma veya okul mülkünde fiziksel kavgaya girme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir (58).

Genotip

Saldırganlığın gelişiminde genlerin önemli olduğuna dair kanıtlar vardır. Araştırma, antisosyal davranışlara yönelik genel kalıtsal bir eğilime işaret etmektedir. Özellikle genetik olarak duyarlı bireylerde gen-çevre etkileşimleri olabilmektedir. Monoamin oksidaz A (MAO-A) geni, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) gibi nörotransmitterleri metabolize eden ve dolayısıyla onları etkisiz hale getiren MAO-A enzimini kodlamaktadır. Bir çalışmada MAO-A devre dışı bırakılmış fareler yüksek serotonin, norepinefrin ve dopamin seviyelerine sahip bulunmuş ve MAO-A silinmesiyle agresif davranışlar sergilemiştir. Bunun aksine, MAO-B devre dışı bırakılmış fareler saldırganlık göstermemiştir (59). Kortikal ve subkortikal beyin bölgelerindeki MAO-A aktivitesi ne kadar düşükse, kişinin bildirdiği saldırganlık da o kadar yüksektir. Sürekli saldırganlık, antisosyal davranışı öngörmek için kullanılan bir ölçü olduğundan, bu sonuçlar, anormal saldırganlığın nörokimyasal bir substratı olarak MAO-A'nın önemini altını çizmektedir (60).

Ruhsal Hastalıklar

Alkol kötüye kullanımı kişilerarası şiddet ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Alkolün, ketlenmeyi, muhakemeyi azaltıcı fizyolojik bir etkisi vardır ve daha çabuk sinirlenen, öfkeye yatkın ve öfke kontrolü düşük olan erkeklerde, kolaylıkla şiddete yol açabilmektedir (61). Psikoaktif maddeler ile şiddet arasındaki bağlantılar ise geniş sosyal ve ekonomik güçleri, insanların maddeyi elde ettiği ve tükettiği ortamları ve davranışların altında yatan biyolojik süreçleri içerir. Alkol ile ilgili laboratuvar ve ampirik çalışmalardan elde edilen kanıtlar şiddet içeren davranışlarda nedensel bir rol olasılığını desteklemektedir. Benzer şekilde, amfetaminler ve kokain gibi uyarıcıların psikofarmakodinamikleri de bu maddelerin şiddet içeren davranışlara katkıda bulunan bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Öte yandan araştırmaların çoğu, bu ilişkinin son derece karmaşık olduğunu; birey ve çevredeki birçok faktör tarafından yönetildiğini göstermektedir. Madde kullanımı, psikofarmakolojik etkilerinin yanı sıra, uyuşturucu dağıtım sistemleri (sistemik şiddet), uyuşturucu için para elde etmek için kullanılan şiddet (ekonomik kompulsif şiddet) gibi sosyal süreçler yoluyla da şiddete yol açabilir (62).

Psikoz ruhsal bozukluklar içinde belki de şiddet ile ilgisi en çok çalışılmış hastalıktır. Bir meta-analizde 166 bağımsız veri seti temel alınarak 204 çalışmadan

çıkarılan sonuçlar, psikozun şiddet ihtimalindeki %49 ila %68'lik artışla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir (63). Bir çalışmada psikoz ve şiddet arasındaki nedensel ilişki ele alınmış, psikoz hastalarındaki şiddetin, demografik özellikler, sosyal faktörler, kötülük görme sanrıları, halüsinasyonlar, komorbid antisosyal kişilik patolojisi, madde kullanımı, yetersiz içgörü, tedaviye uyumsuzluk ve fizyolojik faktörler vb birbiriyle ilişkili birçok risk faktörünün potansiyel sonucu olduğu kanısına ulaşılmıştır (64).

Yaşamın ilk yıllarındaki maruziyetler yaşlandıkça kişilik üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Psikopati, kişilerarası şiddetin uygulanmasıyla ilgili olarak en kapsamlı şekilde tartışılan konu olmuştur. Psikopati, duygusal, kişilerarası ve davranışsal özellikleri kapsayan kişilik özelliklerinin ve sosyal açıdan sapkın davranışların bir kümesidir. Ayrıca benmerkezcilik, pişmanlık ve empati eksikliği, patolojik yalan söyleme, manipülatiflik ve sosyal normların sürekli ihlali olduğunu ileri sürülmüştür. Bu özellikler psikopatların başkalarına nesne gibi davranmasını ve hiçbir suçluluk ya da pişmanlık hissetmemesini sağlar. Dolayısıyla psikopatların kişilerarası şiddete, özellikle de şiddetli fiziksel şiddete, duygusal şiddete ve tecavüze başvurma olasılıkları çok daha yüksektir (65). Suçlu popülasyonunda kişilik bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar, çocuklara ve yetişkinlere karşı cinsel suçluların, suçlu olmayanlara göre önemli ölçüde daha fazla paranoid, B küme ve antisosyal kişilik bozuklukları gösterdiğini göstermektedir (66).

Mikrosistem Düzeyinde Risk Faktörleri

Yaşamın İlk Yılları ve Bağlanma

Genotipten bağımsız olarak bireyin kişilerarası şiddete başvurma riskinin yaşamın ilk yıllarında şekillenebileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında duygusal, fiziksel ve cinsel istismarın yanı sıra aile içi şiddete maruz kalma, aileden uzaklaştırılma, ailenin parçalanması ve ölüm veya boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı suça yönelik risk faktörleri olabilmektedir (67).

Çocukluk ev ortamının, özellikle de erken çocukluk döneminde, psikolojik gelişimin etkilediği kritik yollardan biri, birincil bakıcılara, genellikle de annelere bağlanmadır. Çocuk ile birincil bakıcısı arasındaki bağlanma sağlamsa, çocuklar yakın ilişkiler kurmak için gerekli becerileri kazanmakta ve başkalarının yakınlığını arzulayacak şekilde büyümektedirler. Bu bağlar güvensizse, çocuklar yakın ilişkiler

kurmak için gerekli becerileri kazanamamakta ve diğer bireylerle yakınlıktan korkmaya, ilişkilerinde düşmanlık veya saldırganlık sergilemeye veya uyumsuz yollarla yakınlık aramaya başlayabilmektedir (68). Bir çalışmada 149 heteroseksüel çiftle, çocukluklarındaki bağlanma deneyimleri, mevcut yetişkin bağlanma durumları, stres düzeyleri ve mevcut ilişki geçmişleri (geçmişteki şiddet dahil) hakkında yapılan görüşmeler sonucunda bağlanma faktörlerinin, kadına yönelik erkek şiddetinin benzersiz yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Ek olarak, şiddet uygulayan erkeklerin kadın partnerlerinin, güvensiz yetişkin bağlanma stillerine sahip olma olasılıkları önemli ölçüde daha yüksektir (69). Bir meta-analiz sonuçları ise, güvensiz bağlanmanın, psikopatolojinin yokluğunda bile tüm suç türleri (yani cinsel suçlar, şiddet içeren suçlar, şiddet içermeyen suçlar ve aile içi şiddet) ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (70).

Çocuk istismarı mağduriyeti

Çocuklukta cinsel istismarın daha sonraki suçlar için bir risk faktörü olduğuna dair kanıtlar çok kapsamlıdır ve muhtemelen suça yönelik tüm risk faktörleri arasında en kapsamlı şekilde araştırılanıdır. Okul öncesi dönemden ergenliğe kadar takip edilen 457 çocuğun katıldığı prospektif bir çalışma olan Lehigh Longitudinal Study'den edinilen bulgular istismarın daha sonraki şiddet öngörüsünde ağırlıklı olarak aracılık ettiğini göstermiştir (71). Bir sistematik derleme ise; çocukluk döneminde evde fiziksel istismara maruz kaldıklarını veya şiddete tanık olduklarını bildiren ebeveynlerin, istismarcı veya ihmalkar ebeveynlik yaptıklarını bildirme oranı daha yüksek olduğunu; tekrarlanan kötü muamele yaşadığını bildiren yetişkinlerin, çocuk istismarı gerçekleştirme konusunda en büyük risk altında olduğunu; çocuklukta bildirilen kötü muamele deneyimleri ile ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili problemleri rollerini tersine çevirmeleri, çocuklarını reddetmeleri ve onlardan uzaklaşmaları arasındaki anlamlı ilişkileri; çocuklukta bildirilen kötü muamele ile yetişkin yakın partner şiddeti yoluyla istismarcı ebeveynlik arasındaki dolaylı etkileri bildirilmiştir (72).

Ekzosistem Düzeyinde Risk Faktörleri

Kişilerarası şiddetin yapısal etkenlerinin çoğu topluluk düzeyinde işlemektedir. Bunlar arasında yoksulluk, ataerkillik, ırk veya etnik köken, suçlu akrabalar gibi yapısal etkiler yer almaktadır.

Yoksulluğun şiddeti etkilemesine neden olan sosyal mekanizmaların hangileri olduğu üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Yoksulluk içinde yaşayanların, maruz kaldıkları koşulların bir sonucu olarak daha sık şiddet eylemlerine giriştiklerine inanılmaktadır. Bu koşullar, yetersiz barınma, sıkıntılı mahalleler ve parçalanmış aileleri içerebilmektedir. Ayrıca şiddetin, ekonomik kalkınma veya büyümenin önüne geçen istikrarsız veya tehlikeli bir ortam yaratarak toplum düzeyinde yoksulluğa neden olabileceği de ileri sürülmüştür (73). Bir çalışmada daha yüksek düzeydeki yoksulluğun, okulda şiddete daha fazla maruz kalmayla, sosyal ayrışmayla, başkalarının mülküne zarar vermayla ve bazı şiddet eğilimi ölçümleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (74). Amerika'da şiddet içeren suçlar, ırk veya etnik kökenden ziyade yoksulluk ve değişen sosyal ve ekonomik koşullarla daha güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (75).

Toplumsal cinsiyet ve şiddete ilişkin toplumsal normlar da çok önemlidir. Özellikle yakın partner şiddeti, cinsiyet eşitsizliğinin daha fazla olduğu görüşlere sahip olan ve daha kontrolcü davranışlarda bulunan erkekler arasında çok daha yaygındır (76). Ayrıca kadının statüsünün düşük olduğu ülkelerde kadına yönelik cinsel şiddetin yaygınlığı daha yüksek olma eğilimindedir (77).

Ergenlik çağındaki akran ilişkilerinde saldırganlık eğilimi açısından arkadaşların benzer olduğu gözlenmiştir. Agresif gençlerin birbirlerini arkadaş olarak mı seçtikleri, yoksa arkadaş olduklarında daha çok birbirlerine mi benzedikleri konusunda önemli tartışmalar olmuştur. Genel olarak suça katılan akranlarla ilişki kurmak, alkol ve yasa dışı uyuşturucu kullanımının başlangıcı, madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, kullanılan madde türleri ve damar içi uyuşturucu kullanımı sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (78).

Makrosistem Düzeyinde Risk Faktörleri

Toplumsal düzeyde yasalar ve politikalar, alkol ve destek ağları da dahil olmak üzere risk ve koruyucu faktörleri etkileyebilmektedir. Benzer şekilde ateşli silahlar bazı ortamlarda kanunlarla çok etkili bir şekilde kontrol edilmektedir. Bazı ülkeler, kişilerarası şiddet mağdurları için destek ve danışmanlık almalarını ve yasal kanallar aracılığıyla adalete erişimlerine yardımcı olmalarını sağlayacak hizmet sunumuna önemli yatırımlar yapmaktadır. Bu tür desteğin kadın kuruluşları aracılığıyla sağlandığı durumlarda, bunlar genellikle yerel düzeyde farkındalığın artırılması ve

kadın haklarının savunulması gibi önemli roller üstlenir ve şiddete ilişkin toplumsal normlar üzerinde güçlü bir etki yaratabilmektedir.

2.3.2. Şiddeti Önleme Çalışmaları

Kişilerarası şiddete ilişkin risk faktörlerinin kapsamlı bir incelemesi neticesinde yedi temel görevi çıkarılmıştır:

1. Kadınların güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin inşa edilmesi
2. Her türlü şiddetin önlenmesi ve şiddeti destekleyen toplumsal normların değiştirilmesi.
3. Yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi gibi yapısal eşitsizliklerin azaltılması.
4. İlişki becerileri, özellikle iletişim becerileri oluşturma.
5. Ruh sağlığının güçlendirilmesi ve madde bağımlılığının azaltılması
6. Çocukların korunmasını ve haklarını güçlendirmek ve bedensel cezaya son vermek için çocukların statüsünün yükseltilmesi.
7. Kadınlar, kız çocukları ve diğer korunmasız gruplar için yasal ve sosyal koruma çerçeveleri sağlamak ve kişiler arası şiddet mağdurları için adaleti güçlendirmek (79).

Şiddet, küresel kalkınmanın önünde bir engel olarak kabul edilmekte ve şiddeti azaltma veya ortadan kaldırma isteği, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından (SDG) ikisinde ifade edilmektedir. SDG 5.2; insan ticareti, cinsel ve diğer sömürü türleri de dahil olmak üzere, kamusal ve özel alanlarda tüm kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü şiddeti ortadan kaldırmaktır. SDG 16; Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumlar tesis etmek, herkes için adalete erişimi sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmaktır. SDG 16.1; Her yerde her türlü şiddeti ve şiddet kaynaklı ölüm oranlarını kayda değer miktarda azaltmaktır. SDG 16.2; Çocuklara yönelik taciz, istismar, kaçakçılık ve her türlü şiddete ve çocuk işkencesine son vermektir (80).

Farkındalığın düşük olduğu ortamlarda kişilerarası şiddete yönelik çalışmaların temel unsuru farkındalık oluşturmaktır ancak bu tek başına davranışı değiştirmez. Farkındalık yaratmayı kullanan topluluklar arasında uygulanan etkili müdahaleler, hayatta kalanlara destek sağlamak ve yerel hizmetleri (sağlık sektörü ve polis müdahaleleri gibi) yapıcı bir şekilde sürece dahil etmektir. Kadına yönelik şiddeti azaltmada etkili olduğu gösterilen müdahaleler arasında, toplumsal cinsiyet

güçlendirme programları ve bir tür ekonomik güçlendirme müdahalesi aracılığıyla kadınların statüsünü yükseltmeyi amaçlayan müdahaleler yer almaktadır (81).

Kişilerarası şiddetin önlenmesinde kilit bir unsur aynı zamanda yasa ve politikaların çerçevesi ve bunların uygulanmasıdır. Bu uygulamalar, çocuk koruma sistemlerini güçlendirmeye yönelik müdahaleleri, şiddet mağdurlarına adaleti sağlamaları için destek ve yardım etmenin yanı sıra sağlık sonuçlarının yönetilmesini de içermektedir. Kişilerarası şiddet vakalarında polisin ve mahkemelerin işleyişinin iyileştirilmesi, suçluların rehabilitasyonu ve silah kontrolü, yasa dışı uyuşturucu kanunları ve kaçakçılığın önlenmesi, yolsuzlukla mücadele önlemleri ve alkol-madde kötüye kullanımının önlenmesi planlanmalıdır. Şiddete uğrayan, çoğu zaman devletten yardım alamayan ya da yasal yolları kullanamayan kadınların sivil toplum kuruluşları aracılığıyla desteklenmesi son derece önemlidir (82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma online platformlar; facebook, instagram, whatsapp üzerinden yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Türkiye veya diğer ülkelerde yaşayan, Türkçe bilen internet kullanıcıları çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. 18 yaş ve üzeri olmak, gönüllü olmak, okur-yazar olmak, Türkçe bilmek ve internet kullanıcısı olmak çalışmaya dahil edilme kriterleridir.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Online platformlar (facebook, instagram, whatsapp) aracılığı ile ulaşılan bireylerden 15.10.2023-15.01.2024 tarihleri arasında formları dolduran 330 kişiden formları tamamlamayan ve dahil edilme kriterlerini karşılamayan 38 kişi çalışmadan çıkarılmış ve kalan 292 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Formlar “surveymonkey” platformu üzerinden oluşturulmuştur. Bu örnekleme, çalışmacının dahil olduğu facebook grupları, whatsapp grupları ve instagram aracılığı ile formlar ulaştırılmış, formların ulaştırıldığı bireylerin de kendi dahil olduğu sosyal medya gruplarına formları aktarmaları istenmiştir. Bu şekilde ulaşılan bireylerden formları

eksiksiz dolduran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 292 kişinin verileri değerlendirilmeye alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, şiddete maruz kalma ve tanık olma geçmişi, psikopatoloji tipleri.

Bağımlı Değişkenler: Şiddet eğilimi, agresyon

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Online platformlar aracılığı gönüllü bireylere öz bildirim ölçeklerinin (Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-R), Şiddet Eğilim Ölçeği (ŞEÖ), Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)) doldurulması sağlanmıştır. Doldurulan öz bildirim ölçekleri Uzm. Dr. Baise Tıkr tarafından istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (EK-1), Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-R) (EK-2), Şiddet Eğilim Ölçeği (EK-3), Açık Agresyon Ölçeği (EK-4).

3.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, çalışmacı tarafından düzenlenmiş olup yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, gelir durumu ve çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri; kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu gibi klinik verileri; ailede fiziksel şiddete maruziyet, ailede fiziksel şiddete tanık olma durumu, çevrede fiziksel şiddete tanık olma durumu, annenin mesleği, annenin çalışma durumu ve ailede kimin kararlarının uygulandığı ile ilgili şiddet için risk faktörü oluşturabilecek verileri içermektedir.

3.7.2. Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-R)

Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) orijinal adıyla Symptom Check List-90 (SCL-90 ve SCL-90-R) ilk kez 1971 yılı olmak üzere 1973, 1974, 1976 ve son haliyle 1977 yılında Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri Araştırma Ünitesinde;

Leonard R. Derogatis ve arkadaşları tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden faydalanılarak geliştirilmiştir (83). Ölçek Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Dağ (1991) tarafından yapılmıştır (84). SCL 90-R, beşli likert tipinde katılımcıların kendi öz bildirimlerine dayalı olarak 0-4 arasında puanlandırma yaptıkları (0:hiç, 1: çok az, 2: orta derecede, 3: oldukça fazla, 4: ileri derece) 90 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek bireylerin ruhsal açıdan kendilerini değerlendirebilmelerine olanak sağlayan 10 ayrı semptom boyutunda inceleme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Ölçeğin semptom boyutları;

1)Somatizasyon: Fizyolojik işlev (Soru 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 52, 53, 56, 58)

2)Obsesif-Kompulsif: Kişinin düşünmeye ya da yapmaya engel olamadığı istemsiz düşünce ve davranış (Soru 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65)

3)Kişiler Arası Duyarlılık: Aşağılanma veya yetersizlik duygular (Soru 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73)

4)Depresyon: Genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgisinin yitmesi (Soru 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79)

5)Anksiyete: Yüksek düzeyde kaygı (Soru 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86)

6)Öfke: Saldırganlık ve kızgınlık duygular (Soru 11, 24, 63, 67, 74, 81)

7)Fobik Anksiyete: Herhangi bir nesne ya da duruma ilişkin ısrarlı korku (Soru 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82)

8)Paranoid Düşünce: Şüpheli ve düşmanca düşüncelerle korkular (Soru 8, 18, 43, 68, 76, 83)

9)Psikotizm: İçer kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi (Soru 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90)

10)Ek Maddeler: Uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, suçluluk ile ilgili (Soru 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89)

90 maddeye verilen cevapların toplam puanının madde sayısına bölünmesi genel psikopatoloji puanını ifade etmektedir. Öner, her bir alt test puanının ve genel belirti puanının yorumlanmasında 0.00-1.5 arası puanlar "normal", 1.51-2.5 arası puanları "patoloji düzeyi yüksek", 2.51-4.00 aralığını ise "patoloji düzeyi çok yüksek" olarak kabul etmektedir. Bu çalışmada da 1.51 puan üzeri patolojik kabul edilmiştir

3.7.3. Şiddet Eğilim Ölçeği (ŞEÖ):

Göka, Bayat ve Türkçapar tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçek 1998’ de T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun “Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet” konulu araştırmasında temel yapısı bozulmadan yeniden desenlenmiş ve kapsam geçerliliği sağlanmıştır (85). Tek boyutlu olan ölçek, 20 sorudan oluşmuş olup, katılımcıların her bir maddeyi “Hiç uygun değil” ve ”Çok uygun” ifadelerinden kendisi için uygun olanı işaretlemesi esasına dayanır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği katılımcıların şiddete eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.7.4. Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)

Yudofsky ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilen bu ölçek, saldırgan davranışların tipini tanımlamak ve sayısal olarak ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir (86). Bu ölçekte saldırganlık 4 ana kategoriye ayrılmıştır: Sözel saldırganlık (ilk 4 madde toplamı 1 ile çarpılır), nesnelere yönelik saldırganlık (5,6,7,8. Maddelerin toplamı 2 ile çarpılır), kendine yönelik fiziksel saldırganlık (9,10,11,12. Maddelerin toplamı 3 ile çarpılır) ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık (13,14,15,16. Maddelerin toplamı 4 ile çarpılır). Her bir saldırganlık kategorisi hafiften ağıra doğru 4 ayrı gruptan oluşmakta ve 1’ den 4’ e kadar puanlandıktan sonra 4 kategorinin toplam puanı belirlenmektedir. AAÖ'nün Türk psikiyatrik hasta grubunda geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış; güvenilirlik analizi (Cronbach Alfa), tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçeğin her bir maddesinin kendi alt boyutu içinde iç tutarlılığının olduğu ve ölçeğin cronbach alfa katsayısının da her iki uygulayıcıda 0.76 olduğu belirlenmiştir (87).

3.8. Araştırmanın Veri Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 23.00 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalamalar gösterilmiştir. Toplam 330 tamamlanmış veri formlarından 38 tanesinde eksik cevaplar olması ve dahil edilme kriterlerini karşılamaması nedeniyle veri setinden çıkarılmış ve kalan 292 katılımcının verileri çalışılmıştır. Bu çalışmada verilerin normal dağılım özellikleri gösterip göstermediğinin belirlenmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için normal dağılım gösteren verilerde pearson korelasyon katsayısı, normal dağılım

göstermeyenlerde spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkların anlamlılığının belirlenmesinde bağımsız gruplar için normal dağılım gösterenlerde student t-testi, normal dağılıma uymayanlarda mann-whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi tahmin etme, bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayıcılığını öngörmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

3.9. İdari ve Etik Kurul İzinleri

Başvuru yapılan etik kurul: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır. Etik Kurul 04.01.2023 tarihli ve E-16969557-050.01.04-00002600899 sayılı yazısıyla başvuru dosyasını onaylamıştır (EK-6). Katılımcılar çalışma konusu ve çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu hakkında bilgilendirilmiştir (EK 1).

3.10. Takvim

Çalışmaya Ait İş ve Zaman Çizelgesi

| Çalışmaya Ait İş ve Zaman Çizelgesi | Süre (ay) | Başlangıç Tarihi | Bitiş Tarihi |
|---|-----------|------------------|--------------|
| Literatür tarama | 5 | 01.02.2022 | 01.07.2022 |
| Tez önerisi hazırlama ve sunumu | 3,5 | 01.07.2022 | 15.10.2022 |
| İdari izinler ve etik kurul onamının alınması | 3 | 15.10.2022 | 15.01.2023 |
| Anket öncesi hazırlık (ön denemenin yapılması vb) | 1 | 15.09.2023 | 15.10.2023 |
| Veri toplama | 3 | 15.10.2023 | 15.01.2024 |
| Veri girişi | 1 | 15.01.2024 | 15.02.2024 |
| Veri analizi | 2 | 15.02.2024 | 15.04.2024 |
| Verilerin yorumlanması ve rapor yazımı | 2 | 15.04.2024 | 15.06.2024 |

3.11. Bütçe

Araştırma Bütçe Kalemleri

| Araştırma Bütçe Kalemleri | Tutar (TL) |
|---|----------------|
| Kırtasiye giderleri (2023-2024) | 200,00 |
| Surveymonkey premium (Anketin oluşturulduğu ücretli web sitesi) | 285,00 |
| Tez Basımı ücreti (2024) | 1000,00 |
| Genel Toplam | 1485,00 |

4. BULGULAR

Çalışmaya online platformlar üzerinden 18-71 yaş arası 292 birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde bireylerin 213'ü (%72,95) kadın, 79'u (%27,05) erkektir. Bireylerin yaş ortalaması $39,14 \pm 10,57$ 'dir. Eğitim düzeylerine bakıldığında bireylerin 8'i (%2,7) ilkokul, 5'i (%1,7) ortaokul, 44'ü (%15,1) lise, 171'i (%58,6) üniversite, 64'ü (%21,9) yüksek lisans ve üzeri olarak bulunmuştur. Bireylerin 184'ü (%63) gelir getiren bir işte çalışmakta, 108'i (%37) çalışmamaktadır. Bireylerin 40'ı (%13,7) gelir durumunu düşük, 235'i (%80,5) orta, 17'si (%5,8) yüksek olarak tanımlamıştır. Medeni duruma bakıldığında bireylerin 199'u (%68,1) evli, 73'ü (%25) bekar, 18'i (%6,2) boşanmış ve 2'si (%0,7) eşi ölmüş olarak bulunmuştur. Bireylerin 187'sinin (%64) çocuğu var, 105'sinin (%36) çocuğu yoktur. Bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

| Demografik Özellikler | Gruplar | n | % |
|-----------------------|---------|-----|----|
| Cinsiyet | Kadın | 213 | 73 |
| | Erkek | 79 | 27 |

Tablo 4.1. (Devam) Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

| Demografik Özellikler | Gruplar | n | % |
|-----------------------|---------------|-----|------|
| Eğitim Durumu | İlkokul | 8 | 2,7 |
| | Ortaokul | 5 | 1,7 |
| | Lise | 44 | 15,1 |
| | Üniversite | 171 | 58,6 |
| | Y.L. ve Üzeri | 64 | 21,9 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 184 | 63 |
| | Çalışmıyor | 108 | 37 |
| Gelir Durumu | Düşük | 40 | 13,7 |
| | Orta | 235 | 80,5 |
| | Yüksek | 17 | 5,8 |
| Medeni Durum | Evli | 199 | 68,1 |
| | Bekar | 73 | 25 |
| | Boşanmış | 18 | 6,2 |
| | Eşi Ölmüş | 2 | 0,7 |
| Çocuk Durumu | Çocuk Var | 187 | 64 |
| | Çocuk Yok | 105 | 36 |

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumları, çocukluğa ait fiziksel şiddet travmaları ve bazı aile özelliklerine bakıldığında kronik hastalığı olanlar katılımcıların 59 (%20,2)'udur. Bireylerin 87'sinin (%29,8) psikiyatrik hastalık tanısı vardır. Travmatik çocukluk yaşantılarına baktığımızda katılımcıların 141'i (%48,3) çocukken aile içinde şiddete maruz kalmıştır. Aile içinde fiziksel şiddete tanık olan 155 (%53,1) kişi, çevresinde fiziksel şiddete tanık olan 198 (%67,8) kişidir. Katılımcıların 48'unun (%16,4) ailesinde annesinin, 162'sinin (%55,5) ailesinde babasının, 19'unun (%6,5) ailesinde diğer aile büyüklerinin kararlarının uygulandığı, 63'ünün (%21,6) ailesinde ise ortak karar alındığı saptanmıştır. Katılımcıların 52'sinin (%17,8) çocukluğunda annesinin bir mesleği olduğu, 67'sinin (%23) ise çocukluğunda annesinin çalıştığı bildirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumları, çocukluğa ait fiziksel şiddet travmaları ve bazı aile özellikleri Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri

| Değişkenler | Gruplar | n | % |
|--|----------------------|-----|------|
| Kronik Hastalık | Var | 59 | 20,2 |
| | Yok | 233 | 79,8 |
| Psikiyatrik Hastalık | Var | 87 | 29,8 |
| | Yok | 205 | 70,2 |
| Ailede Fiziksel Şiddete Maruziyet | Evet | 141 | 48,3 |
| | Hayır | 131 | 44,9 |
| | Hatırlamıyorum | 20 | 6,8 |
| Ailede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | Evet | 155 | 53,1 |
| | Hayır | 127 | 43,5 |
| | Hatırlamıyorum | 10 | 3,4 |
| Çevrede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | Evet | 198 | 67,8 |
| | Hayır | 74 | 25,3 |
| | Hatırlamıyorum | 20 | 6,9 |
| Çocukken Ailede Kimin Kararlarının Uygulandığı | Anne | 48 | 16,4 |
| | Baba | 162 | 55,5 |
| | Diğer Aile Büyükleri | 19 | 6,5 |
| | Ortak Karar | 63 | 21,6 |
| Annenin Mesleği | Var | 52 | 17,8 |
| | Yok | 240 | 82,2 |
| Çocukken Annenin Çalışma Durumu | Var | 67 | 23 |
| | Yok | 225 | 77 |

Cinsiyet ile SCL 90-R alt ölçekleri arasındaki ilişkide psikotizm alt ölçeği erkek grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile SCL 90-R diğer alt ölçekleri ile ilişki saptanmamıştır. (Tablo 4.3.)

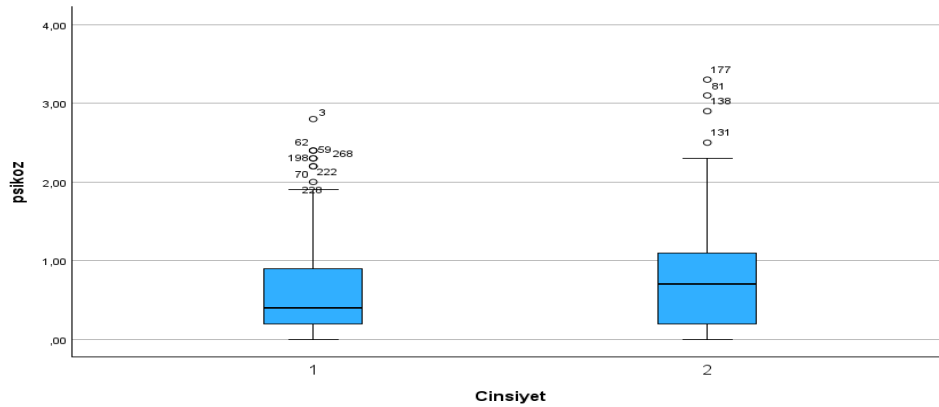
Tablo 4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetleri ile SCL 90-R Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Ortalama±SS | t | p |
|------------------------|----------|-----|-------------|-------|-------|
| Somatizasyon | Kadın | 213 | 0,99±0,69 | 1,726 | 0,085 |
| | Erkek | 79 | 0,83±0,71 | | |

Tablo 4.3. (Devam) Çalışmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetleri ile SCL 90-R Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Ortalama±SS | t | p |
|------------------------|----------|-----|-------------|--------|--------------|
| Obsesif-Kompulsif | Kadın | 213 | 1,25±0,68 | -0,180 | 0,858 |
| | Erkek | 79 | 1,27±0,87 | | |
| Kişilerarası Duyarlık | Kadın | 213 | 1,15±0,83 | -0,703 | 0,483 |
| | Erkek | 79 | 1,25±0,93 | | |
| Depresyon | Kadın | 213 | 1,37±0,81 | 1,083 | 0,280 |
| | Erkek | 79 | 1,25±0,90 | | |
| Kaygı | Kadın | 213 | 0,86±0,70 | -0,165 | 0,869 |
| | Erkek | 79 | 0,87±0,84 | | |
| Öfke | Kadın | 213 | 0,86±0,72 | -1,638 | 0,103 |
| | Erkek | 79 | 1,03±0,89 | | |
| Fobik Kaygı | Kadın | 213 | 0,50±0,60 | -0,734 | 0,464 |
| | Erkek | 79 | 0,56±0,71 | | |
| Paranoid Düşünce | Kadın | 213 | 1,16±0,78 | -1,860 | 0,064 |
| | Erkek | 79 | 1,36±0,94 | | |
| Psikotizm | Kadın | 213 | 0,63±0,60 | -2,520 | 0,013 |
| | Erkek | 79 | 0,84±0,76 | | |
| Ek puan | Kadın | 213 | 1,09±0,70 | -0,940 | 0,348 |
| | Erkek | 79 | 1,18±0,70 | | |
| Genel puan | Kadın | 213 | 1,00±0,60 | -0,437 | 0,662 |
| | Erkek | 79 | 1,04±0,74 | | |

t-testi, $p < 0,05$



Şekil 1. Cinsiyete Göre Psikoz Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (1=Kadın, 2=Erkek)

SCL-90 R genel puanları katılımcıların 61'inde (%20,8) yüksek, 231'inde (%79,2) normal saptanmıştır. SCL 90-R genel puan ve alt ölçek puanları kesme puanına göre Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların SCL 90-R Alt Ölçekleri Kesme Puanına Göre Yüksek ve Normal Olma Durumuna Göre Sayı ve Yüzdeleri

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Kesme Puanına Göre | n (292) | % |
|------------------------|--------------------|---------|------|
| Somatizasyon | Yüksek | 55 | 19,1 |
| | Normal | 237 | 80,9 |
| Obsesif- Kompulsif | Yüksek | 91 | 31,4 |
| | Normal | 201 | 68,6 |
| Kişilerarası Duyarlık | Yüksek | 84 | 29 |
| | Normal | 208 | 71 |
| Depresyon | Yüksek | 110 | 37,9 |
| | Normal | 182 | 62,1 |
| Kaygı | Yüksek | 46 | 16 |
| | Normal | 246 | 84 |
| Öfke | Yüksek | 50 | 17,4 |
| | Normal | 242 | 82,6 |
| Fobik Kaygı | Yüksek | 27 | 9,6 |
| | Normal | 265 | 90,4 |
| Paranoid Düşünce | Yüksek | 81 | 28 |
| | Normal | 211 | 72 |
| Psikotizm | Yüksek | 30 | 10,6 |
| | Normal | 262 | 89,4 |
| Ek puan | Yüksek | 80 | 27,6 |
| | Normal | 212 | 72,4 |
| Genel puan | Yüksek | 60 | 20,8 |
| | Normal | 232 | 79,2 |

SCL 90-R genel puanları kadın katılımcıların 42'ünde (%20,1), erkek katılımcıların 18'inde (%22,8) yüksek saptanmıştır. Genel psikopatoloji puanları arasında cinsiyete göre fark bulunamamış fakat SCL 90-R alt ölçeklerinde erkeklerde öfke ($p=0,03$) ve paranoya ($p=0,02$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcıların SCL 90-R genel puan ve alt ölçek puanlarının kesme puanına göre değerlendirilmesi Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcılarda kadın ve erkeklerde SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Değerlendirilmesi

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | SCL 90-R Kesme Puanına Göre | Kadın (n=213) | | Erkek (n=79) | | p |
|------------------------|-----------------------------|---------------|------|--------------|------|-------------|
| | | n | % | n | % | |
| Somatizasyon | Yüksek | 42 | 19,6 | 14 | 17,7 | 0,71 |
| | Normal | 171 | 80,4 | 65 | 82,3 | |
| Obsesif-Kompulsif | Yüksek | 64 | 29,9 | 28 | 35,4 | 0,36 |
| | Normal | 149 | 70,1 | 51 | 65,6 | |
| Kişilerarası Duyarlık | Yüksek | 64 | 29,9 | 21 | 26,6 | 0,58 |
| | Normal | 149 | 70,1 | 58 | 73,4 | |
| Depresyon | Yüksek | 85 | 39,7 | 26 | 32,9 | 0,29 |
| | Normal | 128 | 60,3 | 53 | 67,1 | |
| Kaygı | Yüksek | 33 | 15,4 | 14 | 17,7 | 0,63 |
| | Normal | 180 | 84,6 | 65 | 82,3 | |
| Öfke | Yüksek | 31 | 14,5 | 20 | 25,3 | 0,03 |
| | Normal | 182 | 85,5 | 59 | 74,7 | |
| Fobik Kaygı | Yüksek | 19 | 8,9 | 9 | 11,4 | 0,52 |
| | Normal | 194 | 91,1 | 70 | 88,6 | |
| Paranoid Düşünce | Yüksek | 52 | 24,3 | 30 | 38 | 0,02 |
| | Normal | 161 | 75,7 | 49 | 62 | |
| Psikotizm | Yüksek | 19 | 8,9 | 12 | 15,2 | 0,12 |
| | Normal | 194 | 91,1 | 67 | 84,8 | |
| Ek puan | Yüksek | 57 | 26,6 | 24 | 30,4 | 0,52 |
| | Normal | 156 | 73,4 | 55 | 69,6 | |
| Genel puan | Yüksek | 43 | 20,1 | 18 | 22,8 | 0,61 |
| | Normal | 170 | 79,9 | 61 | 77,2 | |

Ki-kare testi, $p < 0,05$

Psikiyatrik tanı almış katılımcıların 35'inde (%40,2) SCL 90-R puanları yüksek, psikiyatrik tanı almayan katılımcıların 25'inde (%12,6) SCL 90-R puanları normal saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda SCL 90-R Alt ölçeklerinin kesme puanına göre değerlendirilmesi Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Değerlendirilmesi

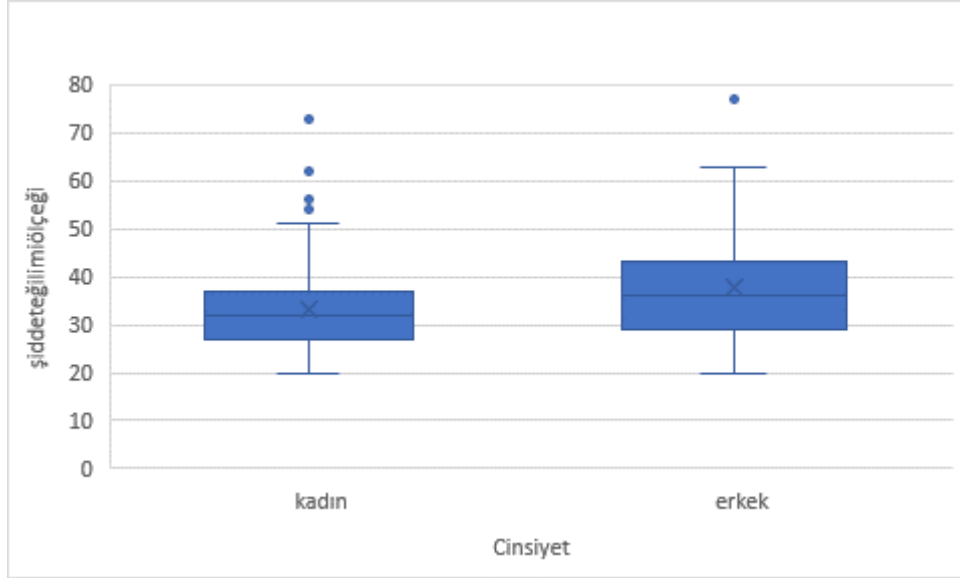
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | SCL 90-R Kesme Puanına Göre | Psikiyatrik Hastalık Var (n=87) | | Psikiyatrik Hastalık Yok (n=205) | |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------|----------------------------------|------|
| | | n | % | n | % |
| Somatizasyon | Yüksek | 32 | 36,8 | 23 | 11,7 |
| | Normal | 55 | 63,2 | 182 | 88,3 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Obsesif-Kompulsif | Yüksek | 51 | 58,6 | 40 | 19,9 |
| | Normal | 36 | 41,4 | 165 | 80,1 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Kişilerarası Duyarlık | Yüksek | 40 | 46 | 44 | 21,8 |
| | Normal | 47 | 54 | 161 | 78,2 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Depresyon | Yüksek | 54 | 62,1 | 56 | 27,7 |
| | Normal | 33 | 37,9 | 149 | 72,3 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Kaygı | Yüksek | 27 | 31 | 19 | 9,7 |
| | Normal | 60 | 69 | 186 | 90,3 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Öfke | Yüksek | 28 | 32,2 | 22 | 11,2 |
| | Normal | 59 | 67,8 | 183 | 88,8 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Fobik Kaygı | Yüksek | 18 | 20,7 | 9 | 4,9 |
| | Normal | 69 | 79,3 | 196 | 95,1 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Paranoid Düşünce | Yüksek | 37 | 42,5 | 44 | 21,8 |
| | Normal | 50 | 57,5 | 161 | 78,2 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Psikotizm | Yüksek | 18 | 20,7 | 12 | 6,3 |
| | Normal | 69 | 79,3 | 193 | 93,7 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Ek puan | Yüksek | 43 | 49,4 | 37 | 18,4 |
| | Normal | 44 | 50,6 | 168 | 81,6 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |
| Genel puan | Yüksek | 35 | 40,2 | 25 | 12,6 |
| | Normal | 52 | 59,8 | 180 | 87,4 |
| | Toplam | 87 | 100 | 205 | 100 |

Şiddet Eğilimi Ölçeği puanı kadınlarda $33,18 \pm 8,53$, erkeklerde $37,87 \pm 12,16$ olarak tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7.). Açık agresyon toplam puanları ve sözel agresyon puanları erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Nesnelere yönelik, kendine yönelik ve diğerlerine yönelik agresyon cinsiyetlere göre farklılık göstermemiştir. Cinsiyet ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) puanları arasındaki ilişki Tablo 4.7.'de verilmiştir.

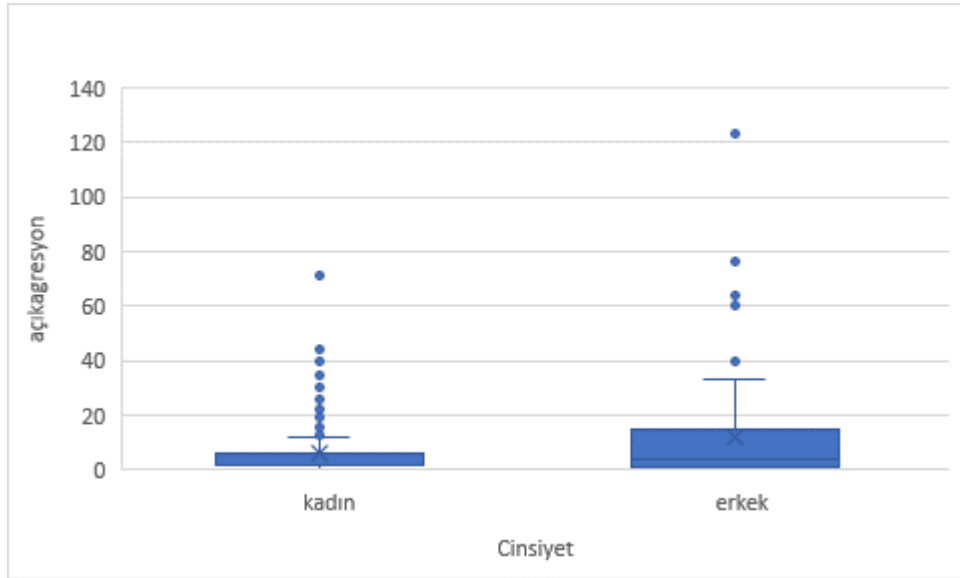
Tablo 4.7. Cinsiyet ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki

| | Cinsiyet | n | Ortalama \pm SS/ Median | t/z | p |
|--|----------|-----|------------------------------|----------|-------|
| Şiddet Eğilimi Ölçeği | Kadın | 213 | 33,18 \pm 8,53 | t=-3,698 | <,001 |
| | Erkek | 79 | 37,87 \pm 12,16 | | |
| Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) Top.Puan | Kadın | 213 | 2 | z=-2,124 | 0,034 |
| | Erkek | 79 | 4 | | |
| <i>AAÖ-Sözel</i> | Kadın | 213 | 2 | z=-2,610 | 0,009 |
| | Erkek | 79 | 3 | | |
| <i>AAÖ-Nesnelere Yönelik</i> | Kadın | 213 | 0 | z=-1,196 | 0,230 |
| | Erkek | 79 | 0 | | |
| <i>AAÖ-Kendine Yönelik</i> | Kadın | 213 | 0 | z=-1,035 | 0,303 |
| | Erkek | 79 | 0 | | |
| <i>AAÖ-Diğerlerine Yönelik</i> | Kadın | 213 | 0 | z=-1,803 | 0,072 |
| | Erkek | 79 | 0 | | |

Normal dağılım gösteren gruplarda t-testi; normal dağılım göstermeyen gruplarda Mann Whitney-U Testi, p <0,05



Şekil 2. Cinsiyete Göre Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) Puanları



Şekil 3. Cinsiyete Göre Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) Toplam Puanları

Eğitim durumu ile Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) arasındaki ilişkide post-hoc Tukey testinde ilkökul grubunun ŞEÖ puanları lise/üniversite/yüksek lisans ve üzeri gruplara göre daha yüksek ve bu fark. istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gelir durumu ile ŞEÖ puanları arasındaki ilişkide post-hoc Tukey testinde düşük ve orta gelir düzeyi grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gelir durumu düşük grupta orta düzeye göre ŞEÖ puanları daha yüksektir. Medeni durum ile ŞEÖ arasındaki ilişkide post-hoc Tukey testinde bekar grup ile evli/boşanmış gruplar arasında anlamlı

fark saptanmıştır. Bekar grubun ŞEÖ puanları daha yüksektir. Çocuğu olmayanların ŞEÖ puanları çocuğu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyodemografik özellikler ile Şiddet Eğilimi Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Sosyodemografik Özellikler ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

| Sosyodemografik Özellikler | n | $\bar{x}\pm sd$ | t/f | p |
|----------------------------|-----|-----------------|----------|--------------|
| Eğitim Durumu | | | | |
| İlkokul | 8 | 45,25±14,80 | f=4,62 | 0,001 |
| Ortaokul | 5 | 41,60±9,94 | | |
| Lise | 44 | 34,07±9,99 | | |
| Üniversite | 171 | 34,86±9,98 | | |
| Yüksek Lisans ve üzeri | 64 | 31,70±7,27 | | |
| Çalışma Durumu | | | | |
| Evet | 184 | 33,69±9,07 | t=-1,636 | 0,103 |
| Hayır | 108 | 35,72±10,95 | | |
| Gelir Durumu | | | | |
| Düşük | 40 | 37,85±11,94 | f=3,08 | 0,048 |
| Orta | 235 | 33,79±9,39 | | |
| Yüksek | 17 | 35,59±9,37 | | |
| Medeni Durum | | | | |
| Evli | 199 | 33,55±9,01 | f=5,25 | 0,002 |
| Boşanmış | 73 | 30,39±8,40 | | |
| Bekar | 18 | 38,00±11,42 | | |
| Eşi Ölmüş | 2 | 28,50±4,95 | | |
| Çocuk Durumu | | | | |
| Var | 187 | 33,57±9,10 | t=-2,032 | 0,043 |
| Yok | 105 | 35,99±10,90 | | |

t, t testi ile hesaplanan istatistik değeri; f, anova testi ile hesaplanan istatistik değeri; ikili gruplarda grup içi karşılaştırmalar student-t testi ile, çoklu gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile yapılmıştır.

Kronik hastalığı olan grubun Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) puanları, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan grubun ŞEÖ puanları psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Şiddet Eğilimi Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

| | n | $\bar{x}\pm sd$ | t/f | p |
|--|-----|-----------------|----------|-----------------|
| Kronik Hastalık | | | | |
| Var | 59 | 37,44±11,75 | t=3,919 | 0,025 |
| Yok | 233 | 33,69±9,18 | | |
| Psikiyatrik Hastalık | | | | |
| Var | 87 | 38,06±11,26 | t=3,794 | <,001 |
| Yok | 205 | 32,92±8,77 | | |
| Çocukken Ailede Fiziksel Şiddete Maruziyet | | | | |
| Evet | 141 | 35,28±9,89 | f=1,506 | 0,224 |
| Hayır | 131 | 33,36±9,51 | | |
| Hatırlamıyorum | 20 | 35,80±11,35 | | |
| Çocukken Ailede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | | | | |
| Evet | 155 | 35,71±10,54 | f=2,788 | 0,063 |
| Hayır | 127 | 33,00±8,91 | | |
| Hatırlamıyorum | 10 | 33,10±7,68 | | |
| Çocukken Çevrede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | | | | |
| Evet | 198 | 34,91±9,48 | f=2,464 | 0,087 |
| Hayır | 74 | 32,47±9,78 | | |
| Hatırlamıyorum | 20 | 37,05±12,48 | | |
| Çocukken Ailede Kimin Kararlarının Uygulandığı | | | | |
| Anne | 48 | 33,78±10,38 | f=1,850 | 0,138 |
| Baba | 162 | 35,07±9,78 | | |
| Diğer Aile Büyükleri | 19 | 37,58±11,21 | | |
| Ortak Karar | 63 | 32,41±8,90 | | |
| Annenin Mesleği | | | | |
| Var | 52 | 35,42±12,09 | t=0,788 | 0,431 |
| Yok | 240 | 34,24±9,30 | | |
| Çocukken Annenin Çalışma Durumu | | | | |
| Evet | 67 | 33,76±10,24 | t=-0,649 | 0,517 |
| Hayır | 225 | 34,65±9,74 | | |

t, Student's t Testi ile hesaplanan istatistik değeri; f, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile hesaplanan istatistik değeri; ikili gruplarda grup içi karşılaştırmalar student-t testi ile, çoklu gruplarda ANOVA testi ile yapılmıştır.

Bazı sosyodemografik özellikler ile Açık Agresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında çoklu gruplarda alt gruplar arası yapılan Mann-Whitney U Testinde ortaokul ve üniversite mezunu olan grup lise mezunu olan gruba göre nesnelere yönelik agresyon puanları daha yüksek; çalışmayan gruplarda çalışanlara göre kendine yönelik agresyon puanları daha yüksek; bekar grup evli gruba göre kendine yönelik ve toplam agresyon puanları daha yüksek; çocuğu olmayan katılımcıların çocuğu olanlara göre kendine yönelik ve toplam agresyon puanları daha yüksek saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile Açık Agresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Sosyodemografik Özellikler ile A.A.Ö. Puanları Arasındaki İlişki

| Sosyodemografik Özellikler | n | Sözel | Nesnelere Yönelik | Kendine Yönelik | Diğerlerine Yönelik | A.A.Ö. Top. Puan |
|----------------------------|-----|----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| İlkokul | 8 | | | | | |
| Ortaokul (o.o.) | 5 | $\chi^2=4,684$ | $\chi^2=8,743$ | $\chi^2=4,073$ | $\chi^2=5,622$ | $\chi^2=7,029$ |
| Lise | 44 | $p=0,196$ | $p=0,033$ | $p=0,254$ | $p=0,132$ | $p=0,071$ |
| Üniversite (üni.) | 171 | | o.o.> | | | |
| Yüksek Lisans ve üzeri | 64 | | lise | | | |
| | | | Üni.>lise | | | |
| Çalışma Durumu | | | | | | |
| Evet | 184 | $z=-0,708$ | $z=-0,555$ | $z=-2,195$ | $z=-0,771$ | $z=-1,135$ |
| Hayır | 108 | $p=0,479$ | $p=0,579$ | $p=0,028$ | $p=0,441$ | $p=0,256$ |
| | | | | çalışmayan > çalışan | | |
| Gelir Durumu | | | | | | |
| Düşük | 40 | | | | | |
| Orta | 235 | $\chi^2=2,179$ | $\chi^2=1,916$ | $\chi^2=4,910$ | $\chi^2=0,405$ | $\chi^2=3,015$ |
| Yüksek | 17 | $p=0,336$ | $p=0,384$ | $p=0,086$ | $p=0,817$ | $p=0,222$ |
| Medeni Durum | | | | | | |
| Evli | 199 | | | | | |
| Boşanmış | 73 | $\chi^2=5,312$ | $\chi^2=3,858$ | $\chi^2=7,997$ | $\chi^2=2,709$ | $\chi^2=9,364$ |
| Bekar | 18 | $p=0,160$ | $p=0,277$ | $p=0,046$ | $p=0,439$ | $p=0,025$ |
| Eşi Ölmüş | 2 | | | bekar>evli | | bekar>evli |
| Çocuk Durumu | | | | | | |
| Var | 187 | $z=-1,084$ | $z=-1,763$ | $z=-2,154$ | $z=-1,122$ | $z=-2,317$ |
| Yok | 105 | $p=0,278$ | $p=0,078$ | $p=0,031$ | $p=0,262$ | $p=0,021$ |
| | | | | Çocuk yok>çocuk var | | Çocuk yok>çocuk var |

$\chi^2=$ ki-kare değeri; İkili gruplarda Mann Whitney-U testi, çoklu gruplarda Kruskal-Wallis testi ve çoklu grupların anlamlı olan alt gruplarında Mann Whitney-U testi uygulanmıştır.

Kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre diğerlerine yönelik agresyon puanı daha yüksek; psikiyatrik hastalığı olanlarda psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre tüm agresyon alt ölçekler puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çoklu gruplarda alt gruplar arası yapılan Mann-Whitney U Testinde çocukken ailede fiziksel şiddete maruz kalanlarda kalmayanlara göre sözel, kendine yönelik ve toplam agresyon puanları yüksek; çocukken ailede fiziksel şiddete maruz kaldığını hatırlamayanlarda maruz kalmayanlara göre sözel agresyon puanı yüksek; çocukken ailede ve çevrede fiziksel şiddete tanık olanlarda olmayanlara göre sözel, kendine yönelik ve toplam agresyon puanı yüksek; çocukken çevrede fiziksel şiddete tanık olduğunu hatırlamayanlarda tanık olmayanlara göre sözel agresyon puanı yüksek; çocukken ile içinde baba ve diğer aile büyüklerinin karar aldığı ailelerde sözel agresyon puanları yüksek; çocukken annesinin mesleği olan ve çalışan grupta kendine yönelik agresyon puanı yüksek, annesi çalışan grupta ayrıca nesnelere yönelik agresyon puanı yüksek saptanmıştır. Psikopatoloji alt ölçekleri (SCL 90-R) ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) puanları arasındaki ilişki Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Çalışmaya Katılan Bireylerin Klinik Özellikleri, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Açık Agresyon Puanları Arasındaki İlişki

| | n | Sözel | Nesnelere Yönelik | Kendine Yönelik | Diğerlerine Yönelik | Açık Agresyon Toplam Puan |
|---|-----------|---|--|--|--|---|
| Kronik Hastalık Var Yok | 59 233 | $z=-1,579$ $p=0,114$ | $z=-0,633$ $p=0,527$ | $z=-0,500$ $p=0,617$ | $z=-2,335$ $p=0,020$ Kr. Hast. var>Kr. Hast. yok | $z=-1,382$ $p=0,167$ |
| Psikiyatrik Hastalık Var Yok | 87 205 | $z=-3,517$ $p=<,001$ Psk. Hast. var>Psk. Hast. yok | $z=-2,764$ $p=0,006$ Psk. Hast. var>Psk. Hast. yok | $z=-2,941$ $p=0,003$ Psk. Hast. var>Psk. Hast. yok | $z=-2,393$ $p=0,017$ Psk. Hast. var>Psk. Hast. yok | $z=-3,875$ $p=<,001$ Psk. Hast. var>Psk. Hast. yok |

Tablo 4.11. (Devam) Çalışmaya Katılan Bireylerin Klinik Özellikleri, Çocukluğa Ait Fiziksel Şiddet Travmaları ve Bazı Aile Özellikleri ile Açık Agresyon Puanları Arasındaki İlişki

| | n | Sözel | Nesnelere Yönelik | Kendine Yönelik | Diğerlerine Yönelik | Açık Agresyon Toplam Puan |
|---|-----|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|---------------------------|
| Ailede Fiziksel Şiddete Maruziyet | | | | | | |
| Evet | 141 | $\chi^2=14,074$ | $\chi^2=5,513$ | $\chi^2=7,328$ | $\chi^2=0,117$ | $\chi^2=14,729$ |
| Hayır | 131 | $p<,001$ | $p=0,064$ | $p=0,026$ | $p=0,943$ | $p<,001$ |
| Hatırlamıyorum | 20 | evet>hayır hatırlamıyor >hayır | | evet>hayır | | evet>hayır |
| Ailede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | | | | | | |
| Evet | 155 | $\chi^2=21,498$ | $\chi^2=5,447$ | $\chi^2=6,217$ | $\chi^2=0,842$ | $\chi^2=18,026$ |
| Hayır | 127 | $p<,001$ | $p=0,066$ | $p=0,045$ | $p=0,656$ | $p<,001$ |
| Hatırlamıyorum | 10 | evet>hayır | | evet>hayır | | evet>hayır |
| Çevrede Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumu | | | | | | |
| Evet | 198 | $\chi^2=10,856$ | $\chi^2=2,441$ | $\chi^2=4,016$ | $\chi^2=1,465$ | $\chi^2=12,759$ |
| Hayır | 74 | $p<,001$ | $p=0,118$ | $p=0,045$ | $p=0,226$ | $p<,001$ |
| Hatırlamıyorum | 20 | evet>hayır hatırlamıyor >hayır | | evet>hayır | | evet>hayır |
| Çocukken Ailede Kimin Kararlarının Uygulandığı | | | | | | |
| Anne | 48 | $\chi^2=10,657$ | $\chi^2=0,182$ | $\chi^2=0,856$ | $\chi^2=1,521$ | $\chi^2=4,439$ |
| Baba | 162 | $p=0,014$ | $p=0,980$ | $p=0,836$ | $p=0,678$ | $p=0,218$ |
| Diğer Aile Büyüklere | 19 | Baba ve diğ. Aile büyü. | | | | |
| Ortak Karar | 63 | >anne ve ortak karar | | | | |
| Annenin Mesleği | | | | | | |
| Var | 52 | $z=-0,530$ | $z=-1,693$ | $z=-2,491$ | $z=-0,537$ | $z=-1,603$ |
| Yok | 240 | $p=0,596$ | $p=0,090$ | $p=0,013$ | $p=0,591$ | $p=0,109$ |
| | | | | var>yok | | |
| Annenin Çalışma Durumu | | | | | | |
| Evet | 67 | $z=-0,400$ | $z=-2,383$ | $z=-3,663$ | $z=-0,841$ | $z=-2,488$ |
| Hayır | 225 | $p=0,684$ | $p=0,017$ | $p<,001$ | $p=0,400$ | $p=0,013$ |
| | | | evet>hayır | evet>hayır | | |

χ^2 = ki-kare değeri; İkili gruplarda ve çoklu grupların alt gruplarında Mann Whitney-U testi, çoklu gruplarda Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

SCL 90-R alt ölçekleri ile Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) ve Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan/Alt Ölçek Puanları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. SCL 90-R puanları arttıkça şiddet eğilimi ve agresyon puanları da

artmaktadır. Öfke ile şiddet eğilimi ve agresyon yüksek düzeyde; paranoid düşünce ile şiddet eğilimi yüksek düzeyde; diğer alt ölçekler ile şiddet eğilimi ve agresyon orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. SCL 90-R Alt Ölçek Puanları ile ŞEÖ ve Açık Agresyon Toplam Puan/Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) puanları arasındaki ilişki Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. SCL 90-R Alt Ölçek Puanları ile Şiddet Eğilimi Ölçeği ve Açık Agresyon Alt Ölçekleri (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Top. Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Somatizasyon | r=0,394 p= <,001 | r=0,364 p= <,001 | r=0,318 p= <,001 | r=0,278 p= <,001 | r=0,259 p= <,001 | r=0,165 p=0,005 |
| Obsesif-Kompulsif | r=0,466 p= <,001 | r=0,425 p= <,001 | r=0,352 p= <,001 | r=0,326 p= <,001 | r=0,298 p= <,001 | r=0,195 p= <,001 |
| Kişilerarası Duyarlık | r=0,507 p= <,001 | r=0,440 p= <,001 | r=0,390 p= <,001 | r=0,259 p= <,001 | r=0,329 p= <,001 | r=0,210 p= <,001 |
| Depresyon | r=0,480 p= <,001 | r=0,451 p= <,001 | r=0,380 p= <,001 | r=0,333 p= <,001 | r=0,295 p= <,001 | r=0,190 p=0,001 |
| Kaygı | r=0,510 p= <,001 | r=0,508 p= <,001 | r=0,438 p= <,001 | r=0,386 p= <,001 | r=0,330 p= <,001 | r=0,234 p= <,001 |
| Öfke | r=0,689 p= <,001 | r=0,622 p= <,001 | r=0,533 p= <,001 | r=0,445 p= <,001 | r=0,418 p= <,001 | r=0,329 p= <,001 |
| Fobik Kaygı | r=0,486 p= <,001 | r=0,420 p= <,001 | r=0,390 p= <,001 | r=0,282 p= <,001 | r=0,293 p= <,001 | r=0,188 p=0,001 |
| Paranoid Düşünce | r=0,609 p= <,001 | r=0,484 p= <,001 | r=0,417 p= <,001 | r=0,351 p= <,001 | r=0,362 p= <,001 | r=0,235 p= <,001 |
| Psikotizm | r=0,520 p= <,001 | r=0,460 p= <,001 | r=0,392 p= <,001 | r=0,327 p= <,001 | r=0,347 p= <,001 | r=0,244 p= <,001 |
| Ek puan | r=0,465 p= <,001 | r=0,374 p= <,001 | r=0,310 p= <,001 | r=0,290 p= <,001 | r=0,359 p= <,001 | r=0,189 p=0,001 |
| Genel puan | r=0,577 p= <,001 | r=0,521 p= <,001 | r=0,449 p= <,001 | r=0,376 p= <,001 | r=0,360 p= <,001 | r=0,248 p= <,001 |

Şiddet Eğilimi Ölçeği için pearson korelasyon katsayısı, Açık Agresyon Ölçeği ve alt ölçekleri için spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk durumu) ve sağlık durumu (kronik hastalık, psikiyatrik hastalık) kontrol edilmediğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile ŞEÖ arasında orta

düzeyde ($r=577$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki vardır. Bu bağımsız değişkenler kontrol edildiğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile ŞEÖ arasında hala orta düzeyde ($r=489$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Sosyodemografik Veriler (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Durumu, Medeni Durum, Çocuk Durumu) ve Sağlık Durumu Kontrol Edildiğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile ŞEÖ Arasındaki İlişki

| | | Şiddet Eğilimi Ölçeği |
|-----------------------------|-----------|-----------------------|
| SCL 90-R Genel Puanı | Pearson r | 0,489 |
| | p | <0,001 |
| | n | 292 |

Kısmi Korelasyon Analizi

Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk durumu) ve sağlık durumu (kronik hastalık, psikiyatrik hastalık) kontrol edilmediğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile AAÖ arasında orta düzeyde ($r=0,521$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki vardır. Bu bağımsız değişkenler kontrol edildiğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile AAÖ arasında zayıf düzeyde ($r=0,367$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.14.)

Tablo 4.14. Sosyodemografik Veriler (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Durumu, Medeni Durum, Çocuk Durumu) ve Sağlık Durumu Kontrol Edildiğinde SCL 90-R Ölçeği Genel Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

| | | Açık Agresyon Ölçeği |
|-----------------------------|------------|----------------------|
| SCL 90-R Genel Puanı | Spearman r | 0,367 |
| | p | <0,001 |
| | n | 292 |

Kısmi Korelasyon Analizi

Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) Puanlarına etki eden bazı sosyodemografik faktörlere yönelik yapılan çoklu regresyon analizinde Model 1’de yaş (yaş bir birim arttığında ŞEÖ puanı 0,151 birim düşmektedir), erkek cinsiyet, ilkokul ve ortaokul mezunu olmak şiddet eğilimi için risk faktörü ve bu özellikler şiddet eğiliminin %17’sini açıklamaktadır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|-----------------------|---------|-------|-------|--------|-------|
| 1 | Sabit | 37.614 | 3.457 | | 10.880 | <.001 |
| | Yaş | -.151 | .062 | -.163 | -2.456 | .015 |
| | Cinsiyet=erkek | 4.116 | 1.215 | .186 | 3.388 | <.001 |
| | Eğitim=ilkokul | 15.490 | 3.560 | .257 | 4.352 | <.001 |
| | Eğitim=ortaokul | 9.880 | 4.277 | .130 | 2.310 | .022 |
| | Eğitim=lise | 2.349 | 1.814 | .086 | 1.295 | .196 |
| | Eğitim=üniversite | 2.473 | 1.364 | .124 | 1.813 | .071 |
| | Gelir=düşük | .706 | 2.689 | .025 | .263 | .793 |
| | Gelir=orta | -1.350 | 2.320 | -.054 | -.582 | .561 |
| | Medenidurum=boşanmış | -2.424 | 2.267 | -.059 | -1.069 | .286 |
| | Medenidurum=bekar | 1.728 | 1.515 | .076 | 1.140 | .255 |
| | Medenidurum=eşi ölmüş | -10.071 | 6.726 | -.084 | -1.497 | .135 |

Bağımlı Değişken: Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı

R= 0,417

R²= 0,174

Adj. R²=0,142

p<,001

Model 1'e çalışma durumu, çocuk durumu ve sağlık durumu eklendiğinde yaş, erkek cinsiyet ve ilkokul mezunu olmak şiddet eğilimi için hala risk faktörü olmaya devam etmiştir. Yeni modelde bu bağımsız değişkenler şiddet eğiliminin %22'sini açıklamaktadır (Tablo 4.16.)

Tablo 4.16. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|----------------|--------|-------|-------|--------|-------|
| 2 | Sabit | 35.576 | 3.483 | | 10.214 | <.001 |
| | Yaş | -.210 | .063 | -.227 | -3.325 | .001 |
| | Cinsiyet=erkek | 3.838 | 1.238 | .173 | 3.099 | .002 |
| | Eğitim=ilkokul | 12.685 | 3.349 | .210 | 3.788 | <.001 |

Tablo 4.16. (Devam) Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|----------------------------------|--------|-------|-------|--------|-------------|
| 2 | Eğitim=ortaokul | 7.118 | 4.063 | .094 | 1.752 | .081 |
| | Eğitim=lise | -.720 | 1.539 | -.026 | -.468 | .640 |
| | Gelir=dusuk | 1.643 | 2.631 | .057 | .625 | .533 |
| | Gelir=orta | -.240 | 2.284 | -.010 | -.105 | .916 |
| | Medenidurum=bosanmis | -2.307 | 2.200 | -.056 | -1.048 | .295 |
| | Medenidurum=bekar | 4.020 | 1.977 | .178 | 2.033 | .043 |
| | Medenidurum=eşi ölmüş | -8.173 | 6.552 | -.068 | -1.247 | .213 |
| | Çalışma durumu=çalışmıyor | 1.134 | 1.207 | .056 | .939 | .348 |
| | Çocuk=var | 4.190 | 1.815 | .205 | 2.308 | .022 |
| | Psikiyatrik hastalık=var | 3.562 | 1.224 | .166 | 2.910 | .004 |
| | Kronik hastalık=var | 3.352 | 1.343 | .137 | 2.496 | .013 |

Bağımlı Değişken: Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı

R= 0,478

R²= 0,228

Adj. R²=0,190

p<,001

Model 2'deki değişkenlere SCL 90-R Genel Puanları eklendiğinde erkek cinsiyet ve ilkokul mezunu olmak şiddet eğilimi için hala risk faktörüydü, SCL 90-R genel puanları da şiddet eğilimi için risk faktörü olarak bulunmuştur. Model 3'ün şiddet eğiliminin %41'ini açıkladığı görülmüştür (Tablo 4.17.)

Tablo 4.17. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|-----------------|--------|-------|-------|--------|-----------------|
| 3 | Sabit | 25.459 | 3.238 | | 7.863 | <.001 |
| | Yaş | -.086 | .057 | -.093 | -1.513 | .131 |
| | Cinsiyet=erkek | 4.093 | 1.084 | .185 | 3.776 | <.001 |
| | Eğitim=ilkokul | 9.553 | 2.950 | .158 | 3.238 | .001 |
| | Eğitim=ortaokul | 4.270 | 3.569 | .056 | 1.196 | .233 |

Tablo 4.17. (Devam) Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|----------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------------|
| 3 | Eğitim=lise | -1.393 | 1.349 | -.051 | -1.032 | .303 |
| | Gelir=dusuk | 1.093 | 2.303 | .038 | .475 | .635 |
| | Gelir=orta | 1.083 | 2.005 | .044 | .540 | .589 |
| | Medenidurum=bosanmis | -1.173 | 1.930 | -.029 | -.608 | .544 |
| | Medenidurum=bekar | 1.658 | 1.749 | .073 | .948 | .344 |
| | Medenidurum=eşi ölmüş | -7.395 | 5.735 | -.062 | -1.289 | .198 |
| | Çalışmadurumu=calismiyor | -.005 | 1.064 | .000 | -.005 | .996 |
| | Çocuk=var | 2.293 | 1.602 | .112 | 1.432 | .153 |
| | Psikolojikhastalık=var | .354 | 1.126 | .016 | .314 | .753 |
| | kronikhastalık=var | 1.337 | 1.195 | .055 | 1.118 | .264 |
| | SCL 90-R Genel puan | 7.844 | .846 | .517 | 9.269 | <.001 |

Bağımlı Değişken: Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı

R= 0,641 R²= 0,411 Adj. R²=0,379 p<,001

SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Şiddet Eğilimi Ölçeği ile yapılan regresyon analizinde SCL 90-R Alt Ölçekleri şiddet eğiliminin %53'ünü açıkladığı; depresyon öfke ve paranoya alt ölçeklerinin anlamlı düzeyde risk faktörü olduğu bulunmaktadır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden SCL 90-R Alt Ölçeklerine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Değişken | B | SH | beta | T | p |
|------------------|--------|-------|-------|--------|-----------------|
| (Constant) | 26.942 | .953 | | 28.272 | <.001 |
| somatizasyon | -.343 | .927 | -.024 | -.370 | .711 |
| obsesifkompulsif | -1.093 | 1.063 | -.082 | -1.028 | .305 |
| duyarlılık | -1.105 | 1.073 | -.096 | -1.030 | .304 |
| depresyon | -2.428 | 1.167 | -.206 | -2.080 | .038 |
| kaygı | .045 | 1.205 | .003 | .037 | .970 |

Tablo 4.18. (Devam) Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanlarına Etki Eden SCL 90-R Alt Ölçeklerine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Değişken | B | SH | beta | T | p |
|------------|-------|-------|------|-------|-------|
| öfke | 8.055 | .860 | .629 | 9.361 | <.001 |
| fobikkaygı | 1.236 | 1.184 | .079 | 1.045 | .297 |
| paranoya | 3.830 | .931 | .323 | 4.114 | <.001 |
| psikoz | 1.486 | 1.358 | .098 | 1.094 | .275 |
| ek puan | .093 | .982 | .007 | .095 | .925 |

Bağımlı Değişken: Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı

R= 0,732 R²= 0,535 Adj. R²=0,519 p<,001

Açık Agresyon Ölçeğine Etki eden sosyodemografik özelliklere bakıldığında yaş, erkek cinsiyet, ilkokul ve ortaokul mezunu olmak agresyon için risk faktörüdür. Sosyodemografik özellikler agresyonun %15'ini açıklamaktadır (Tablo 4.19.)

Tablo 4.19. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|------------------------|--------|-------|-------|--------|-------|
| 1 | (Constant) | 16.445 | 4.791 | | 3.432 | <.001 |
| | Yaş | -.309 | .085 | -.244 | -3.628 | <.001 |
| | Cinsiyet=erkek | 5.854 | 1.683 | .193 | 3.478 | <.001 |
| | Eğitim=ilkokul | 17.962 | 4.933 | .218 | 3.641 | <.001 |
| | Eğitim=ortaokul | 6.167 | 5.927 | .059 | 1.041 | .299 |
| | Eğitim=lise | 2.233 | 2.514 | .060 | .888 | .375 |
| | Eğitim=üniversite | 3.160 | 1.890 | .116 | 1.672 | .096 |
| | Gelir=düşük | .152 | 3.726 | .004 | .041 | .968 |
| | Gelir=orta | -1.621 | 3.215 | -.048 | -.504 | .615 |
| | Medeni durum=boşanmış | 1.185 | 3.142 | .021 | .377 | .706 |
| | Medeni durum=bekar | .697 | 2.100 | .023 | .332 | .740 |
| | Medeni durum=eşi ölmüş | -8.498 | 9.321 | -.052 | -.912 | .363 |

Bağımlı Değişken: Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanları

R= 0,391 R²= 0,153 Adj. R²=0,120 p<,001

Açık Agresyon Ölçeği toplam puanlarına etki eden sosyodemografik özelliklere çocuk durumu ve sağlık durumu eklendiğinde yaş, erkek cinsiyet, ilkokul ve ortaokul mezunu olmak ve psikiyatrik hastalık ve kronik hastalık varlığı agresyon için risk faktörüdür. Bu bağımsız değişkenler agresyonun %20'sini açıklamaktadır (Tablo 4.20.)

Tablo 4.20. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|----------------------------|----------------------------------|--------|-------|-------|-------------|-----------------|
| 2 | (Constant) | 13.095 | 4.951 | | 2.645 | .009 |
| | Yaş | -.363 | .088 | -.287 | -4.110 | <.001 |
| | Cinsiyet=erkek | 5.570 | 1.734 | .184 | 3.212 | .001 |
| | Eğitim=ilkokul | 16.305 | 4.943 | .198 | 3.299 | .001 |
| | Eğitim=ortaokul | 4.717 | 5.872 | .045 | .803 | .423 |
| | Eğitim=lise | .399 | 2.629 | .011 | .152 | .879 |
| | Eğitim=üniversite | 2.671 | 1.901 | .098 | 1.405 | .161 |
| | Gelir=düşük | .743 | 3.698 | .019 | .201 | .841 |
| | Gelir=orta | -.703 | 3.218 | -.021 | -.218 | .827 |
| | Medeni durum=boşanmış | 1.662 | 3.099 | .030 | .536 | .592 |
| | Medeni durum=bekar | 2.164 | 2.765 | .070 | .782 | .435 |
| | Medeni durum=eşi ölmüş | -6.443 | 9.163 | -.039 | -.703 | .483 |
| | Çalışma durumu=çalışmıyor | 1.591 | 1.718 | .057 | .926 | .355 |
| | Çocuk=var | 3.541 | 2.538 | .127 | 1.395 | .164 |
| | Psikiyatrik hastalık=var | 4.266 | 1.713 | .145 | 2.490 | .013 |
| Kronik hastalık=var | 3.959 | 1.884 | .118 | 2.102 | .036 | |

Bağımlı Değişken: Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanları

R= 0,445 R²= 0,198 Adj. R²=0,154 p<,001

Model 2'deki değişkenlere SCL 90-R Genel Puanları eklendiğinde yaşı, erkek cinsiyet ve ilkokul mezunu olmak agresyon için hala risk faktörüdür; SCL 90-R genel puanları da agresyon için risk faktörü olarak bulunmuştur. Model 3'ün agresyonun %31'ini açıkladığı görülmüştür (Tablo 4.21.)

Tablo 4.21. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden Bazı Sosyodemografik ve Klinik Faktörlere Ek Olarak Genel Psikopatoloji Puanlarına Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Model | Değişken | B | SH | beta | T | p |
|-------|----------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------------|
| 3 | (Constant) | 2.942 | 4.860 | | .605 | .546 |
| | Yaş | -.231 | .085 | -.182 | -2.728 | .007 |
| | Cinsiyet=erkek | 5.920 | 1.616 | .195 | 3.664 | <.001 |
| | Eğitim=ilkokul | 11.873 | 4.651 | .144 | 2.553 | .011 |
| | Eğitim=ortaokul | .654 | 5.502 | .006 | .119 | .905 |
| | Eğitim=lise | -1.361 | 2.463 | -.036 | -.552 | .581 |
| | Eğitim=universite | 1.359 | 1.781 | .050 | .763 | .446 |
| | Gelir=dusuk | .431 | 3.444 | .011 | .125 | .900 |
| | Gelir=orta | .984 | 3.007 | .029 | .327 | .744 |
| | Medenidurum=bosanmis | 2.608 | 2.889 | .047 | .903 | .367 |
| | Medenidurum=bekar | -.294 | 2.601 | -.009 | -.113 | .910 |
| | Medenidurum=eşı ölmüş | -5.401 | 8.533 | -.033 | -.633 | .527 |
| | Çalışmadurumu=calismiyor | .601 | 1.607 | .022 | .374 | .709 |
| | Çocuk=var | 1.497 | 2.383 | .053 | .628 | .530 |
| | Psikiyatrik hastalık=var | .911 | 1.674 | .031 | .544 | .587 |
| | Kronik hastalık=var | 1.703 | 1.787 | .051 | .953 | .341 |
| | SCL 90-R Genel puan | 8.355 | 1.266 | .402 | 6.598 | <.001 |

Bağımlı Değişken: Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanları
 $R = 0,554$ $R^2 = 0,307$ $Adj. R^2 = 0,267$ $p < ,001$

SCL 90-R Alt Ölçeklerinin Açık Agresyon Ölçeği ile yapılan regresyon analizinde SCL 90-R Alt Ölçekleri agresyonun %43'ünü açıkladığı; depresyon ve öfke alt ölçeklerinin anlamlı düzeyde risk faktörü olduğu bulunmaktadır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanlarına Etki Eden SCL 90-R Alt Ölçeklerine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

| Değişken | B | SH | beta | T | p |
|------------------|----------|-----------|-------------|----------|-----------------|
| (Constant) | .759 | 1.444 | | .525 | .600 |
| somatizasyon | -1.245 | 1.405 | -.064 | -.886 | .376 |
| obsesifkompulsif | -1.047 | 1.611 | -.057 | -.650 | .516 |
| duyarlılık | -1.424 | 1.626 | -.090 | -.875 | .382 |
| depresyon | -4.849 | 1.769 | -.300 | -2.741 | .007 |
| kaygı | 3.071 | 1.826 | .168 | 1.682 | .094 |
| öfke | 12.225 | 1.304 | .698 | 9.375 | <.001 |
| fobikkaygı | .585 | 1.794 | .027 | .326 | .745 |
| paranoya | .390 | 1.411 | .024 | .276 | .782 |
| psikoz | 3.588 | 2.059 | .173 | 1.743 | .082 |
| ek puan | .512 | 1.489 | .026 | .344 | .731 |

Bağımlı Değişken: Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanları

R= 0,656 R²= 0,430 Adj. R²=0,410

5.TARTIŞMA

Bu araştırmada bireylerin sosyodemografik özelliklerinin, psikopatoloji düzeylerinin ve tiplerinin, şiddet eğilimi ve şiddet davranışı ile ilişkisinin incelenmesi, bu veriler ışığında Halk Sağlığı alanının şiddete yönelik müdahale ve önleme çalışmalarında psikiyatrik yaklaşımların yerinin değerlendirilmesi yer almaktadır.

Tartışma bölümünde sosyodemografik özellikler, Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL 90-) ve alt ölçekleri ile Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) ve Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)'nin ilişkisi, regresyon analizleri ile psikopatoloji tiplerinin şiddet eğilimi ve

agresyonu açıklayıcılığı incelenmiş ve tartışılmıştır. Tartışma bölümünün sonunda ise araştırmanın kısıtlılıkları değerlendirilmiştir.

Bu çalışma, çeşitli sosyodemografik özelliklere sahip 18 yaş ve üzeri 292 birey ile yapılmıştır. Örnekleme yer alan katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadınların sayısı erkeklere göre daha fazladır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 39,1'dir. Eğitim düzeyine göre dağılıma bakıldığında, çoğunluk üniversite mezunudur ve yüksek lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların sayısı da dikkate değerdir. Çalışma durumuna gelince, katılımcıların çoğunluğu çalışmakta olup, gelir seviyeleri genellikle orta düzeydedir. Medeni duruma ilişkin olarak, evli olan katılımcıların sayısı bekar ve boşanmış katılımcılara kıyasla daha fazladır.

Çocuk istismarı ve ihmali hem bir şiddet türüdür, hem de yetişkin dönemde şiddet için önemli bir risk faktörüdür. Kötü muamele fiziksel, cinsel, duygusal istismar veya ihmal olarak yaşıntılanabilir. Başta cinsel istismar olmak üzere çocuklukta tüm istismar/ihmal türlerinin şiddet ile bağıntılı olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. 89 erkek hükümlü ile yapılan bir çalışma, fiziksel istismara uğrayan çocukların genç yetişkinlik döneminde büyük oranda şiddet içeren suç işlediklerini göstermiştir (88). Otuz yıldan fazla süren boylamsal bir çalışmanın 356 yetişkinden oluşan örnekleminde çocuklukta fiziksel istismarın yetişkin suçlarını yalnızca çocuklukta antisosyal davranışlar yoluyla dolaylı olarak yordarken, çocuklukta duygusal istismarın yetişkin suçlarını hem doğrudan hem de dolaylı olarak yordadığı bulunmuştur (89). Çocuklukta fiziksel istismar öyküsü, yetişkinlerin çocuğa kötü muamele potansiyeliyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Ergenlik öncesi fiziksel istismar deneyimi, ergenlik sonrası fiziksel istismar deneyiminden daha yüksek istismar puanları üretmiştir (90). Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada ise çocuklukta şiddete maruz kalan erkeklerin iş yerinde ve toplum içinde kavgalara karışma olasılığının daha yüksek olduğunu ve yasa dışı ateşli silah bulundurmaktan tutuklandıklarını göstermiştir (91).

Bu tez çalışmasında katılımcıların %48,1'i çocukken ailesinde fiziksel şiddete maruz kalmış, %53,2'si çocukken ailesinde fiziksel şiddete tanık olmuş, %67,6'sı ise çocukken çevresinde fiziksel şiddete tanık olmuştur. Genel olarak dünyada 2-4 yaş arası yaklaşık 4 çocuktan 3'ü - yani 300 milyon çocuk - ebeveynleri ve bakıcıları

tarafından düzenli olarak fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (92). Yaklaşık dört çocuktan biri, yaşamları boyunca çocuk istismarı veya ihmaline maruz kalmaktadır. Kötü muameleye maruz kalan çocukların yüzde 18'i fiziksel, yüzde 78'i ihmal, yüzde 9'u ise cinsel istismara uğramaktadır (93). Yapılan bir sistematik derlemede çocuklukta mağdur veya tanık olarak aile içi şiddete maruz kalmanın yaygınlığı sırasıyla %17,3 ve %16,5 bulunmuştur. Yaygınlık tahminleri en yüksek Batı Asya ve Afrika'da (mağdur = %42,8; tanık = %38,3) ve en düşük ise Gelişmiş Asya Pasifik bölgesinde (kurban = %3,7; tanık = %5,4) olmuştur. Bu çalışmadaki oranlar, dünyada fiziksel şiddet mağduriyeti ve şiddete tanık olma durumunun en yüksek görüldüğü Batı Asya ve Afrika'ya yakın değerlerdir. Türkiye'de bazı şiddet biçimleri kültürel nedenlerle ve toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklı olarak normalleştirilmiş ve sıradanlaştırılmıştır. Ayrıca ataerkil toplumsal yapıdan kaynaklı olarak şiddet konusunda farkındalık yüksek değildir. Bazı şiddet biçimleri hala bazı aile yapıları içinde şiddet değil de bir eğitim biçimi olarak algılanmaktadır.

Bu çalışmada çocukken fiziksel şiddete maruz kalanlarda kalmayanlara göre sözel agresyon ve kendine yönelik agresyon yüksek bulunmuştur. Ailede ve çevrede fiziksel şiddete tanık olanlarda olmayanlara göre yine sözel agresyon ve kendine yönelik agresyon puanı yüksekti. Fiziksel şiddete maruz kalmak ayrıca intihar için risk faktörü olarak bilinmektedir (94). Bu da çocukken şiddete maruz kalan katılımcılarda kendine yönelik agresyonun yüksek çıkmasını açıklamaktadır. Çocuklukta şiddete maruz kalma ve tanık olmanın önüne geçilmesi intihar oranlarında da düşmeye sebep olacaktır. Erkeklerin çocukluk döneminde aile içi fiziksel şiddet mağduru olma olasılığı kadınlara göre %25 daha fazlayken, her ikisinin de buna tanık olma olasılığı eşittir. Bir başka çalışmada 8.629 katılımcı arasında, çocuklukta yaşanan fiziksel/cinsel istismarın veya dayak yiyen bir anneyle büyümenin kadınlar için yakın partner şiddeti mağduru veya erkekler için faili olma riskiyle ilişkisi araştırılmış, çocuklukta yaşanan üç şiddet deneyiminin her biri, yakın partner şiddeti mağduriyeti ve uygulama riskini yaklaşık iki kat artırmıştır. Çocuklukta her üç şiddet deneyimini de yaşayan kişiler arasında mağduriyet ve fail olma riski kadınlarda 3,5 kat, erkeklerde ise 3,8 kat artmıştır (95).

Pek çok kadın birlikte olduğu kişiler tarafından istismara uğramakta,

milyonlarca çocuk bu tür eylemlere tanık olmakta ve bu çocukların birçoğu da fiziksel istismara uğramaktadır. Şiddete maruz kalan çocuklar, yetişkinliklerinde sıklıkla şiddet içeren davranışlar da dahil olmak üzere zorluklar yaşamaktadırlar. Nesiller arası aktarımın varsayılan modlarından biri modellemedir. Şiddete tanık olmanın ve/veya deneyimlemenin farklı istismarcı davranış kalıplarıyla ve belki de psikopatolojiyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır, ancak ilişkinin boyutu belirsizdir. Çocukken şiddete farklı düzeylerde maruz kalan 1.099 yetişkin erkekle yapılan bir çalışmada çocuklukta şiddete maruz kalma düzeyi arttıkça şiddetin genelliği, sıklığı ve şiddeti ile psikopatoloji de artmıştır. Modelleme teorisi, çocukken aile içi şiddete tanık olan erkeklerin en sık aile içi şiddet uyguladığı ve çocukken istismara uğrayan erkeklerin çocukları istismar etme olasılığının daha yüksek olduğu bulgularıyla desteklenmiştir (96).

Şiddetin toplumsal sebepleri şiddet eylemlerini açıklamak için en kapsamlı başlık olarak ele alınmaktadır. Sosyal, kültürel ve tarihsel etkenler şiddetin üzerinde belirleyici etkiler barındırmaktadır. Eril bir zihniyetin varlığının, kadını ötekileştiren ve şiddetle baş başa bırakan bir yapısı bulunmaktadır. Ataerkil yapılar bu anlamda şiddet eylemlerinde toplumsal cinsiyet temelli yaşam biçimi ile şiddeti meşru kılmaktadır. Toplumsal kurumların cinsiyet temelli şiddet eylemlerini onaylaması şiddeti sürekli ve sıradan bir eyleme dönüştürmektedir. Bu durum aynı zamanda çevresel etmenlerin şiddeti meşrulaştırması anlamına gelmektedir (97).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği Türkiye’de ailelerin yaşadığı krizin en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Kadın ve erkeğin eğitim, sağlık, istihdam, aile hayatı ve toplumsal statüsü gibi alanlarda cinsiyet kaynaklı eşitsizliğe maruz kalmalarının toplumsal boyutta değerlendirilmesi toplumsal cinsiyet eşitsizliği olarak adlandırılmaktadır. Hanehalkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre 2022 yılında 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun istihdam yüzdesinin %47,5 olduğu görülmektedir. Bu, kadınlarda %30,4, erkeklerde ise %65,0 düzeyindedir. Ulusal Eğitim İstatistiklerine göre, ortalama eğitim süresi 2022 yılında kadınlarda 8,5 yıl, erkeklerde 10,0 yıl olarak ölçülmüştür (98). Bu çalışmada toplumsal cinsiyet eşitsizliğini kanıtlar nitelikte katılımcıların %55,3’ü çocukken ailede babalarının kararlarının uygulandığını, sadece %17,7’si annesinin mesleğinin olduğu ve %22,9’u annesinin çalıştığını bildirmiştir. Aile içinde baba ve diğer aile büyüklerinin karar aldığı ailelerde sözel agresyon

puanları yüksektir. Ataerkil aile yapısı içinde yetişen çocukların ilerde sözel agresyon geliştirmesi muhtemeldir. Çocukken annesinin mesleği olan ve çalışan grupta kendine yönelik agresyon puanı yüksek, annesi çalışan grupta ayrıca nesnelere yönelik agresyon puanı da yüksek saptanmıştır. Kendine ve nesnelere yönelik agresyon puanlarının borderline kişilik yapılanmasında ön planda olduğu bilinmektedir (99). Borderline kişilik örüntüsünün ise bebeğin duygusal deneyimlerinin bakım veren tarafından onaylanmadığı ve desteklenmediği “değersizleştirici çevre”nin etkisi ile oluştuğu bilinmektedir. Çalışan annelerin bebeklerinde anne-bebek bağının sağlıklı oluşmaması ihtimali çalışan anne çocuklarının yetişkinlikte kendine ve nesnelere yönelik agresyonunun yüksek olmasına sebep olabilir.

Bu çalışmada literatür ile benzer şekilde şiddet eğilimi erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sözel agresyon ve diğerlerine yönelik agresyon erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek iken, nesnelere ve kendine yönelik şiddet puanları arasında cinsiyete göre fark bulunmamıştır. Erkeklerde agresyonun kadınlara göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar olsa da (100) bazı çalışmalar agresyonun cinsiyete göre farklılık göstermediğini savunmaktadır (101). Erkeklerin saldırganlıkla ilgili duygusal uyarılar tarafından kadınlara göre daha kolay uyarılabileceğine ve erkeklerin duygusal olarak uyarıcı durumları düzenlemekte kadınlara göre daha fazla zorluk çekebileceğine dair kanıtlar vardır (102). Ayrıca fiziksel kapasite, çatışmaya girme konusunda daha fazla istekliliği teşvik eden psikolojik adaptasyonlarla tamamlandığında şiddeti kolaylaştırılabilmektedir (103). adınlar, diğer saldırganlık türlerine göre daha dolaylı saldırganlık biçimlerine başvurma eğilimindedir. Laboratuvar çalışmalarında kadınlar erkeklere göre daha az saldırgandır ancak provokasyon bu farkı azaltmaktadır. Gerçek dünyada kadınların da yakın partnerlerine karşı erkekler kadar saldırgan olma olasılığı yüksektir ancak erkekler daha ciddi fiziksel ve psikolojik zarara neden olmaktadır. Zarar görme korkusu, kadınlarda doğrudan saldırganlığın güçlü bir engelleyicisidir (104).

Bu çalışmada kendini düşük ekonomik statüde tanımlayanlarda şiddet eğilimi anlamlı olarak yüksek iken agresyon açısından yüksek ekonomik statüde olanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha önceki çalışmalarda düşük sosyoekonomik statü, işsizlik ve düşük eğitim düzeyi daha yüksek düzeyde şiddet ile

ilişkilendirilmiştir (105). Çalışma durumunun şiddet eğilimine bir etkisi saptanmasa da kendine yönelik agresyon çalışmayan grupta çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu da işsizlik ile intihar riski arasındaki ilişki ile ilgili literatürdeki diğer verileri destekler niteliktedir (106,107). Eğitim ile şiddet ve agresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında bu çalışmada düşük eğitim düzeyi ile yüksek şiddet eğilimi arasında anlamlı bir ilişki vardı. Özellikle ilkökul mezunu olanlarda şiddet eğilimi, diğer mezun gruplarına göre anlamlı olarak yüksekti. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı sonuçlarına göre eğitim kademesi ve cinsiyete göre okul tamamlama oranları incelendiğinde, yıllara göre bir artış gözlenmiştir. İlkokul tamamlama oranı 2017-2018 eğitim ve öğretim döneminde %98,4 iken bu oran 2022/2023 eğitim ve öğretim döneminde %98,5 olmuştur. Ortaokul tamamlama oranı 2017/2018 eğitim ve öğretim döneminde %90,2 iken bu oran 2022/2023 eğitim ve öğretim döneminde %96,3 olmuştur. Ortaöğretim tamamlama oranı ise %65,1'den %80,3'e yükselmiştir. Ortaöğretim okul tamamlama oranı cinsiyete göre incelendiğinde, 2022/'23 eğitim ve öğretim döneminde bu oranın erkek çocuklar için %78,8, kız çocuklar için %81,8 olduğu görülmüştür (108). Bu veriler bize eğitim süreleri arttıkça şiddetin azalabileceğine dair umut vermektedir. Türkiye'de 12 yıl zorunlu eğitim olmasına rağmen hala okulu bırakan çocuklar vardır. Okulu bırakmanın nedenlerini araştıran araştırmaların çoğu düşük akademik başarı, düşük motivasyon ve bazı demografik veriler üzerinde durmuşlardır. Bireysel risk faktörleri içinde erkek cinsiyete sahip olan ve sosyal açıdan problemlili davranışları olan öğrencilerin okulu bırakma olasılığı daha yüksektir. Bu öğrenciler, sıklıkla ve ciddi oranlarda madde kullanımı sorunu, evden kaçma davranışları, karşı gelme-karşı olma sorunları yaşamakta, suç olarak nitelenen davranışlar sergilemekte ve daha yüksek olasılıkla suçlu arkadaşlara sahip olmaktadır. Yine bu öğrencilerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olasılığı da beraberinde yükselmektedir (109). Bu veriler şiddeti önleme çalışmalarında okullarda rehberlik ve psikolojik destek hizmetlerinin artırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada bekarlarda şiddet eğilimi daha yüksek; ayrıca kendine yönelik agresyon puanları bekarlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksektir. Medeni durum ile şiddet arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada şiddet suçu işleyenlerin çoğunlukla bekar (%47,7) ve evli (%23,3) olduğunu göstermektedir. Bunu %14,4 ile

boşanmışlar ve son olarak %3.3 ile eşini kaybedenler takip etmektedir (110). Bekarların daha öfkeli olmasının iki nedenini öne sürülmektedir. Birincisi, daha sakin insanların eş olarak seçilme ihtimalinin daha yüksek olması, diğeri ise çiftlerin çatışmalarla baş etmenin alternatif yollarını öğrenmeye zorlanmasıdır (111). Bu çalışmada çocuğu olmayanların çocuğu olanlara göre şiddet eğilimi ve agresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu veri çocuğu olmayanların bekar grubu temsil etmesiyle alakalı olabilir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların şiddet eğilimi kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre diğerlerine yönelik agresyon da daha yüksektir. Kronik hastalıklar ile saldırganlık arasındaki ilişki birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Bir araştırmada diyabet, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi rahatsızlığı olan hastalarda en yüksek fiziksel saldırganlık seviyeleri arteriyel hipertansiyonu olan hastalarda, en yüksek sözel saldırganlık düzeyleri diyabetli hastalarda gözlenmiştir (112). Tip 2 Diyabet hastaları ve diyabeti olmayan kontrol grubunu karşılaştıran bir çalışmada Tip 2 Diyabeti olan yetişkinlerin daha fazla sözel saldırganlık ve öfke bildirdiğini ortaya çıkarmıştır. Diyabetli bireylerin düşmanlık puanları normal yetişkinlere göre daha fazladır. Her iki grubun fiziksel saldırganlığı arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (113). Mansouri, diyabetik hastaların algılanan stresi ile saldırganlığı arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (114). Bu çalışmadaki veriler literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada genel psikopatoloji oranı literatürle uyumlu olarak %20,8 bulunmuştur. Cinsiyete göre ise kadınlarda ve erkeklerde birbirine yakın oranlar bulunarak sırasıyla %20,1 ve %22,8'dir. 2019 yılında dünya çapında her 8 kişiden 1'i, yani 970 milyon insan, en yaygın olanları anksiyete ve depresif bozukluklar olmak üzere, bir ruhsal bozuklukla yaşamaktadır (115). 2022 Amerika Birleşik Devletleri verileri yetişkinlerin %19,86'sının herhangi bir akıl hastalığı yaşamakta olduğunu göstermiştir (116). Birinci basamakta yapılan bir çalışmada psikopatolojinin genel yaygınlığı %38,8 olup, depresyon %10,3, anksiyete %13,8'dir (117). 2021'de Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş ve üzeri tahmini 57,8 milyon yetişkinin herhangi bir mental hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayı tüm ABD'li yetişkinlerin %22,8'ini temsil etmektedir. Bu durum, kadınlarda (%27,2) erkeklere (%18,1) göre

daha yüksek bulunmuştur (118).

Bu çalışmada sadece psikotizm alt ölçeği erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,013$) Cinsiyet ile diğer psikopatoloji alt ölçekleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Genel psikopatoloji semptom puanı 1,02'dir. Bu, literatürdeki puanlara kıyasla neredeyse 2 katıdır. Macaristanda genel popülasyonda yapılan bir çalışmada kadınlarda somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları erkeklere göre yüksek; erkeklerde öfke ve psikoz alt ölçekleri kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Fobik anksiyete ve psikotizm arasında cinsiyete göre fark bulunamamıştır (119). Finlandiyada yapılan bir çalışmada ise topluluk örneğinin psikopatoloji profillerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış; anlamlılık düzeyine yaklaşan tek boyut, erkeklerin daha yüksek puan aldığı paranoid düşünce olmuştur ($p=0.069$). Yine bu çalışmada genel semptom puanı 0,60'tır (120). Tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada genel psikopatoloji puanı 0.55 bulunmuştur. Katılımcıların %19,4 ü kesme puanının üstünde patolojik bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda öfke ve depresyon puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (121). Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalarda yapılmış bir çalışmada da genel semptom puanı 0,66 (122). Bu çalışmada genel psikopatoloji puanları diğer çalışmalara oranla yüksek olmasına rağmen kesme puanına göre katılımcıların 61'inde (%20,8) patolojik düzeyde psikolojik belirti saptanmış ve literatürdeki verilere yakın oranlar elde edilmiştir. Bu farklılık, psikiyatrik hastalık oranlarının toplumumuzda diğer toplumlara benzer oranda fakat belirtilerin toplumumuzda daha şiddetli yaşandığına veya çalıştığımız katılımcı grubunda histrionik kişilik örüntüsünün baskın olduğuna bir işaret olabilir. Histrionik kişilik, abartılı duygusallık ve dikkat çekme davranışlarıyla karakterize edilen bir kişilik türüdür. Histrionik kişiliğin ortaya çıkış nedenlerine bakıldığında narsisistik baba figürüne eşlik eden yetersiz anne rolü görülmektedir. Ayrıca sağlıklı bir çocuk-ebeveyn ilişkisi vardır (123). Çalışmamızda çocuklukta yüksek şiddet maruz kalımı, annenin mesleğinin ve çalışma oranlarının düşük olması bu tür aile yapısını destekler niteliktedir.

Psikopatoloji puanları, psikiyatrik tanı almış katılımcıların 35'inde (%40,2) yüksek, psikiyatrik tanı almayan katılımcıların ise 26'sında (%12,6) yüksek saptanmıştır. Şiddet açısından en çok riskli görülen iki alt ölçek olan psikotizm ve

paranoid düşünce oranları psikiyatrik hastalık tanısı olmayanlarda sırasıyla %21,8 ve %6,3'tür. Psikoz (psikotik bozukluk), insanların gerçeklikle bağlantısını kaybetmesidir. Bu, diğer insanların göremediği veya duyamadığı şeyleri görmeyi veya duymayı (halüsinasyonlar) ve gerçekte doğru olmayan şeylere inanmayı (sanrılar) içerebilir. Aynı zamanda düzensiz (dezorganize) düşünme ve konuşmayı da içerebilir. Paranoya (paranoid düşünce) ise, kişinin başkalarının kendisine zarar vermeye veya kandırmaya çalıştığına inandığı bir ruh halidir. Psikozu olmayan bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %10'u başkalarının kendilerine veya çıkarlarına zarar vermeye çalıştığı inancını onaylamaktadır ve bireylerin %10-20'si paranoid düşünceleri güçlü bir inanç ve ciddi bir sıkıntıyla bildirmektedir. Sublinik seviyelerde bile paranoya klinik olarak anlamlıdır. Paranoid düşüncenin daha fazla onaylanması, artan intihar düşüncesi, daha fazla madde kullanımı, zayıf sosyal işlevsellik ve daha düşük mutluluk düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (124). 1202 katılımcı ile online gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinde paranoid düşünceler düzenli olarak ortaya çıkmıştır. Paranoid düşüncelerin giderek daha fazla onaylanması, daha nadir ve daha tuhaf fikirlerin ortaya çıkmasıyla karakterize edilmektedir. Daha yüksek düzeyde paranoya, duygusal ve kaçınmacı başa çıkma, rasyonel ve bağımsız başa çıkmanın daha az kullanılması, duygusal ifadeye yönelik olumsuz tutumlar ile ilişkilendirilmiştir (125). Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada eşik altı psikotik deneyimler bireylerin yaklaşık %80'inde geçici, yaklaşık %20'sinde kalıcı psikotik deneyimlerdir. %7'sinde ise psikotik bozukluk gelişmektedir (126). Spesifik semptomların genel prevalansları, kontrol sanrılarını için %4,80 ile referans ve zarar görme sanrılarını için %8,37 arasında değişmektedir (127). Ulusal bir anketin 18 aylık takibinden elde edilen verilerde takip sırasında genel popülasyonun %4,4'ünde psikotik belirtiler görüldüğü bildirilmiştir (128). Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada toplumun %22,3'ünün psikotik bozukluk düzeyinde olmayan psikotik semptomlar bildirdiğini, bunların %5,7'sinin halüsinasyonlar, %20,5'inin sanrısız belirtiler, %4,0'ının hem halüsinasyonlar hem de sanrısız semptomlar ve %2,8'inin karakterize psikotik bozukluklar olduğunu görülmüştür. Psikotik belirtilerin varlığı genç yaş, göçmenlik durumu (üç nesilden fazla), ortaöğretim düzeyi, düşük gelir düzeyi, hiç evlenmemiş ve ayrılmış medeni durum ile ilişkili bulunmuştur. Halüsinasyonlar, sanrısız belirtiler ve hem halüsinasyonların hem de sanrısız

belirtilerin bir arada görülmesi aynı korelasyonları göstermiştir (129). Literatürde görüldüğü üzere tüm toplumlarda tanı konulmamış ve tedavi edilmemiş paranoya ve psikoz vaka oranları oldukça yüksektir ve bu vakaları tespit etmek güçtür. Genel olarak toplumumuzda psikiyatri hizmetlerine erişimin günümüzde hala yetersiz oluşu, paranoya ve psikoz gibi belirtileri olan bireylerin hastalıklarını kabul etmemesi, içgörü olarak zayıf olması ve psikiyatrik hastaların toplumumuzda damgalanması gibi sebepler ne yazık ki bu tür vakaların sayılarını artırmaktadır. Şiddet ile ilişkili görülen bu hastalıkların ortaya çıkarılmasında gerekirse toplum taramaları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin psikiyatrik hastalıkların tespitinde daha aktif rol oynamaları için gerekli adımlar atılmalıdır.

Bu çalışmada psikiyatrik tanısı olan katılımcıların tanısı ne olursa olsun şiddet eğilimi ve agresyonu anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca şiddet eğilimi ve agresyon ile tüm psikopatoloji tipleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öfke ve paranoid düşünce literatürle uyumlu olarak en yüksek puanları almıştır. Psikiyatri servislerinde saldırganlık/şiddet epizodları oldukça sık görülür, ancak bunların yaklaşık %75'i sözel saldırganlık ile sınırlıdır (130). Saldırgan davranışla en sık ilişkilendirilen psikiyatrik tanı paranoid şizofrenidir Anti-sosyal kişilik bozukluğunda da saldırganlık oldukça yaygındır (131). Psikiyatrik bozuklukları (şizofreni, mani, majör depresyon ve bipolar bozukluk, alkol/madde bağımlılığı) olan hastaların dahil olduğu şiddet olaylarının görülme sıklığının genel popülasyona göre beş kat daha yüksek olduğunu bulunmuştur (132). Bir çalışma, psikiyatri servislerinde yatan 3.941 şizofreni hastasında saldırgan davranış görülme sıklığının %15,3 ile %53,2 arasında olduğunu ortaya çıkarmıştır (133). Kronik şizofreni hastalarında erkeklerin %62,5'i ve kadınların %57'si saldırgan olarak değerlendirilirken, hastane personelinden oluşan kontrol grubunda ise kadınların %69'u ve erkeklerin %65'i saldırgan olarak tespit edilmiştir. Kontrol örneği neredeyse kronik şizofreni hastalarından oluşan örnek kadar saldırgan bulunmuştur. Kontrol grubunda kadınlar ve erkekler benzer şekilde saldırgandır (134). Bipolar bozukluk, artan agresif davranış riskiyle ilişkilidir. Remisyondaki bipolar hastalarda da agresif davranış riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (135). Bipolar hastalardaki saldırgan veya şiddet içeren davranışlar genellikle akut manik ataklar sırasında ortaya çıkar ve bu popülasyonda hastaneye yatışın yaygın bir nedenidir (136). Bir çalışmada öfkenin

sıklığı, depresif ruh hali ve kaygının sıklığına benzer bulunmuştur. Uyum bozukluğu dışındaki tüm tanılarda öfke ve saldırganlık yüksektir. Öfke ve saldırganlık, majör depresif bozukluk, agorafobili panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ve B kümesi kişilik bozuklukları olan hastalarda en yüksek düzeydedir (137). Alzheimer hastalığı ve hafif bilişsel bozukluk da ajitasyon ve agresif davranış riskini artırır. Alzheimer'da saldırgan davranış, depresyon, aile temasının kaybı, zayıf bakıcı-hasta ilişkisi ve kronik ağrı ile ilişkilidir (138). Zihinsel engelli hastalar, fiziksel ve sözel saldırganlık, fiziksel çevreye yönelik yıkıcı davranışlar, kendine zarar verme davranışları ve cinsel açıdan saldırgan davranışlar dahil olmak üzere farklı saldırganlık biçimleri sergilemektedirler. Fiziksel saldırganlığın yaygınlığı %2,1 ile %24,4 arasında değişirken, sözlü saldırganlığın yaygınlığı %5,9 ile %37,6 arasında değişmektedir. Sözlü saldırganlık bu popülasyondaki en yaygın saldırgan davranış biçimidir (139).

Bu çalışmada somatizasyon kadınlarda şiddet eğilimi ve tüm agresyon türleri ile ilişkili, erkeklerde ise şiddet eğilimi, sözel ve diğerlerine yönelik agresyon ile ilişkili bulunmuştur. Somatizasyon genel olarak anksiyete ve depresyon gibi duygusal tepkilerle başlatılabilen ve/veya sürdürülebilen bedensel belirtiler biçiminde psikolojik sıkıntı yaşama ve bu belirtiler için tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Genel popülasyonda somatizasyon oranları %4-19 arasında değişmektedir (140,141). Bizim çalışmamızda somatizasyon oranı %19,1 olarak literatürdeki üst sınıra yakın bulunmuştur. Türkiye'de somatizasyonun yüksek oranlarda olduğu çalışmalar vardır (142). Ülkemizde hala psikiyatrik açıdan damgalanma korkusu çok yaygındır ve psikolojik sıkıntıların bastırılarak bedensel belirtiler ile kendini göstermesine sebep olabilmektedir. Psikosomatik semptomlar ile agresyon ilişkisi irdelenmiş, kızgınlık ve düşmanlık biçimindeki saldırganlığın psikosomatik semptomların oluşumunda önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bastırılmış saldırgan duyguların tüm psikosomatik bozukluklarda baskın olduğuna dair görüşler vardır (143). Yang, durumsal psikolojik saldırganlığın bedensel belirtilerle pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Duygu düzenleme, psikolojik saldırganlığın somatik semptomlar üzerindeki etkisini yumuşatmış; burada psikolojik saldırganlık, duygu düzenlemede orta ve yüksek düzeyde zorluk bildirenlerde somatik semptomlarla ilişkili bulunmuştur (144). Bir çalışmada hırsızlık, şiddet ve madde kullanımındaki yüksek puanlar, kesitsel olarak ve

bir yıl sonra kadın ve erkeklerde somatizasyondaki yüksek puanlarla ilişkili bulunmuştur. Kadın cinsiyet ve şiddette yüksek puanlar eş zamanlı olarak daha fazla bedensel semptomlarla ilişkili bulunmuştur. Kadın cinsiyet, şiddette yüksek puanlar ve madde kullanımında yüksek puanlar bir yıl sonra daha fazla somatik semptomu yordamıştır. Antisosyal davranışın somatizasyonla yüksek düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (145).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), küresel nüfusun %1 ila %3'ünü etkileyen, obsesyonlar olarak bilinen müdahaleci düşünceler ve tekrarlayan eylemler (kompulsiyonlar) ile karakterize, yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Avrupa'da eşik altı obsesif kompulsif belirtilerin %13'e varan yaygınlık oranları bildirilmiştir (146). Bu çalışmada obsesif kompulsif belirtiler %31,4 oranında patolojik düzeyde saptanmıştır. Bu bulgular literatürdeki verilerden oldukça yüksektir. Klinik olarak OKB tanısı belli tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır fakat tanı ölçütlerini karşılamayan kişilerin de semptom şiddetinin yüksek olabileceği göz önünde bulundurulduğunda semptom düzeyinde tedavi müdahalelerinin gerekli olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmadaki katılımcılar, formları eksiksiz doldurmaları nedeni ile genel popülasyondaki obsesif kişilik özelliği gösteren bir kısmı temsil ediyor olabilir.

OKB ile agresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada saldırganlık obsesyonları olan hastalarda düşmanlık, öfke, sözel saldırganlık ve toplam saldırganlık puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düşmanlık ve saldırganlık toplam puanları bulaşma takıntısı olan hastalarda anlamlı olarak yüksektir. Biriktirme obsesyonları ve simetri obsesyonları olan hastaların öfke toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sayma kompulsiyonu olan hastaların öfke düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Biriktirme kompulsiyonu olan hastalarda öfke düzeyleri ve sözel saldırganlık düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Toplam obsesyon puanı düzeyleri ile toplam saldırganlık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (147). OKB'de artan saldırganlık ve düşmanlık, biriktirme belirtileri, kaçınma davranışının veya ritüellerin engellenmesi ve OKB semptomlarının şiddeti ile pozitif yönde ilişkilidir. OKB hastaları kontrollere göre daha yüksek bir sosyal sorumluluk sergilemektedir. Aynı zamanda hastalar daha fazla gizli saldırganlık/hesapçılık davranışı ve kişilerarası güvensizlik de ortaya çıkarmıştır

(148). Whiteside ve Abramowitz çalışmalarında, klinik olmayan ve OKB semptomları yüksek olan bireylerin daha fazla öfke deneyimleme eğiliminde olduklarını ancak bunun açıkça ortaya çıkmadığını (gizli saldırganlık) bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda kadınlar ve erkekler arasında OKB'nin agresyona etkisi benzer ve anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (149).

Bu çalışmada da kadın ve erkeklerde kişilerarası duyarlılık şiddet eğilimi ve agresyon ile anlamlı olarak ilişkiliydi. Erkeklerde şiddet eğilimi ile daha yüksek bir ilişki gösterdi. Kişilerarası duyarlılık, diğer bireylerin davranış ve duygularına ilişkin aşırı farkındalık olarak tanımlanan bir kişilik özelliğidir. Yüksek duyarlılığa sıklıkla başkalarının davranışlarına ve ruh hallerine karşı dikkatli olmak veya etkileşimler sırasında algılanan eleştiri veya reddedilmeye karşı duyarlılık eşlik etmektedir. Başlangıçta kişilerarası duyarlılık takipte kaygı, stres ve öfke gibi yeni sorunlar için kısmi bir risk faktörüdür (150). 360 katılımcı ile yapılan bir çalışmada Alışılmış suçluluk duygusunun tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklere göre daha yoğun olduğu görülmüştür. Sonuçlar, bu farklılığın kişilerarası duyarlılıktaki farklılıklarla ve yüksek kaygılı-agresif bileşenli suçluluk türlerini deneyimleme eğilimiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir (151). Reddedilmenin neden öfke ve saldırganlığa yol açtığına ilişkin olası açıklamalar şunları içerir: bir acı kaynağı olarak reddedilme, bir hayal kırıklığı kaynağı olarak reddedilme, benlik saygısına yönelik bir tehdit olarak reddedilme, saldırganlığın ardından ruh halinde iyileşme, sosyal etki olarak saldırganlık, yeniden kurma aracı olarak saldırganlık, intikam, disinhibisyon ve öz kontrolün kaybı (152). Bonab, çoklu regresyon analizi kullanılarak düşmanlığın ve kişilerarası duyarlılığın büyüklüğünün öğrencinin bağlanma kalitesinden tahmin edilebileceğini ortaya çıkardı. Ayrıca veriler, kaygılı bağlanan öğrencilerin düşmanlık ve kişilerarası duyarlılık düzeylerinin, yakın bağlanan ve bağımlı bağlanan öğrencilere göre daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (153).

Enerji gereksinimleri ve suçlama yönelimindeki bariz çelişkiler nedeniyle depresyonun genellikle saldırganlığın karşıt göstergesi olduğu düşünülür. Ancak ampirik çalışmalar, depresyonun varlığının genel saldırganlık, yakın partner saldırganlığı ve kendine saldırganlık riskini artırdığını göstermektedir. Bu çalışmaların çoğu kesitsel ve geriye dönük olduğundan, depresyonun saldırganlığın nedensel bir faktörü olduğuna dair çok az ampirik kanıt bulunmaktadır. Bununla birlikte, depresyon

ve saldırganlık arasında bir ilişki olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Saldırganlık için bir risk belirteci olarak depresyon, genetik, kişilik bozukluğu veya güvensiz bağlanma gibi üçüncü bir faktörden kaynaklanabilir. Ayrıca izolasyon, sosyal destek kaybı, artan alkol kullanımı, öfkeli düşünceler ve dürtüsellik gibi artan saldırganlık riskine katkıda bulunabilecek bir dizi depresyon sekeli de vardır (154). Adölesanlarda yapılan bir çalışmada kızlar daha fazla depresif belirtiler ve daha yüksek düzeyde empati bildirmiştir. Saldırganlık açısından ise yalnızca erkek çocuklarda fiziksel saldırganlık durumunda anlamlı cinsiyet farklılığı tespit edilmiştir. Çoklu regresyon analizlerine göre dürtüsellik, hem depresif semptomatolojinin hem de saldırganlık alt ölçeklerinin ortalama düzeyleri için bir risk faktörü olarak hareket etmiştir (155). Depresyondaki kadınlarda saldırganlığın ortalama toplam puanı, depresyonlu olmayan kadınlara göre önemli ölçüde daha yüksektir ve tüm örnekleme depresyon puanları, saldırganlıkla doğrusal olarak anlamlı bir şekilde ilişkilidir (156). Bizim çalışmamızda kadın ve erkeklerde depresyon ile şiddet eğilimi ve agresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Erkeklerde bu ilişki kendine yönelik agresyon hariç daha yüksektir. Kadınlarda depresyon ile kendine yönelik agresyon daha fazla ilişkili görünmektedir. Bu da kadınlarda intihar girişim oranlarının daha yüksek olmasını açıklamaktadır. Toplam hastalık ve ölüm yükü açısından intihar davranışının yükü, kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Kadınların intihar davranışına karşı daha savunmasız olması muhtemelen psikopatolojiye ve psikososyal stres faktörlerine karşı cinsiyete bağlı hassasiyetten kaynaklanmaktadır (157).

Bu çalışmada kadın ve erkeklerde kaygı ile şiddet eğilimi ve agresyon arasında benzer ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kaygı ve saldırganlık, savaş ya da kaç tepkisinin davranışsal temsilcileri olarak görülmektedir. 1933 öğrencinin katıldığı anket verilerine göre 163 (%8,4) kişi kaygı grubu olarak sınıflandırılmıştır. Saldırgan davranış, yüksek kaygı puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkilidir. Özellikle saldırganlığın dört alt alanı arasında öfke ve düşmanlığın kaygı ile fiziksel ve sözel saldırganlıktan daha güçlü bir ilişkisi vardır. Toplam saldırganlık puanı 69 veya daha yüksek olan ergenler, 69 puanın altındakilere kıyasla 9 kat daha yüksek kaygı riski göstermiştir. Bu durum daha yüksek kaygı riskinin toplam saldırganlık puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Özellikle dolaylı saldırganlık (yani öfke ve düşmanlık), doğrudan saldırganlığa göre kaygıyla daha yakından ilişkilidir (158). Anksiyete ve depresyonla

ilişkili bozukluklar genellikle aşırı saldırganlık ve şiddet dahil olmak üzere bozulmuş sosyal davranışlarla karakterize edilir. Aşırı saldırganlık ve şiddet, muhtemelen anormal derecede yüksek veya düşük kaygı düzeyleri gibi genel olarak bozulmuş duygusal düzenlemenin bir sonucu olarak gelişmektedir (159,160). 4.321 ortaokul öğrencisinden oluşan geniş, ırksal açıdan çeşitli bir örnekleme bireysel, aile ve okul riskini ve ergen kaygısı ve saldırganlığına yönelik koruyucu faktörlerin incelenmesi sonucunda ebeveyn-çocuk çatışması, olumsuz akran ilişkileri ve olumsuz arkadaş davranışları, hem kaygı hem de saldırgan davranışlarla ilişkili temel risk faktörleri olarak bulunmuştur (161).

Öfke herkesin farklı zamanlarda yaşadığı normal bir duygudur. Aslında bu, bir tehdide karşı verilen doğal bir tepkidir. İnsanları zorluklarla yüzleşmeye veya değişiklik yapmaya motive etmede yararlı olabilir. Çoğu zaman bu, düşüncelere veya duygulara (acıma, hayal kırıklığı, endişe, kıskançlık, kafa karışıklığı, reddedilme, utanç veya güçsüzlük) bir tepki olarak gerçekleşir. İyi yönetilmeyen öfke, ilişkilerin yanı sıra fiziksel ve duygusal sağlığı da etkileyebilir. Öfke birincil bir duygu olmasına ve açık işlevsel gereklilikleri içermesine rağmen, öfkenin varlığı ve onun saldırganlık/şiddet şeklindeki davranışsal belirtileri ciddi duygusal, sağlıksal ve sosyal sonuçlara yol açabilir (162). Düşmanca/tepkisel saldırganlık öfke ve yüksek duygusallık bağlamında ortaya çıkan saldırgan davranışları içerir. Düşmanca saldırganlık, daha az kontrollü, daha dürtüsel olarak tanımlanır ve sıklıkla algılanan hayal kırıklığı, hakaret veya provokasyona yanıt olarak savunma tepkisi olarak ortaya çıkar (163). Alkol kullanımını nedensel olarak şiddet ile ilişkili olabilir, ancak alkol kullanmanın etkisi öfkeli duygularını bastırma eğiliminde olan bireylerle sınırlıdır (164). Kadınlar için aile içi şiddet yaşama ile flört şiddeti uygulama arasındaki ilişkiye yıkıcı doğrudan ve yıkıcı dolaylı öfke ifade tarzlarının aracılık ettiği bulunmuştur. Erkekler için bu ilişkiye öncelikle yıkıcı doğrudan öfke ifade tarzı aracılık etmektedir (165). Bizim çalışmamızda kadınlarda ve erkeklerde benzer şekilde öfke ile şiddet eğilimi ve genel agresyon arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış. Diğerlerine yönelik agresyonda ise kadınlarda zayıf erkeklerde ise orta düzey bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular öfke düzeyinin cinsiyete göre değişmediği fakat öfkeyi gösterme biçimlerinin cinsiyete göre farklılık gösterebileceği bilgisini desteklemektedir.

Bu çalışmada kadın ve erkeklerde paranoid düşünce ile şiddet eğilimi arasında yüksek ve anlamlı bir ilişki saptanmış; paranoid düşünce ve agresyon arasında orta düzey ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Paranoid sanrısız düşünce, psikozun temel semptomlarından biridir. Herhangi bir patolojisi olmayan bireylerden, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, madde veya ilaçların yol açtığı psikotik bozukluğa kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir metaanalizde Paranoid düşünce, diğer psikotik benzeri deneyimlerin etkileri kontrol edilirken bile şiddetin ciddiyeti ve sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki, madde bağımlılığı da dahil olmak üzere komorbid durumlarla açıklanmamıştır (166). Toplumdaki yetişkinlerin %5,1'i psikotik benzeri deneyimler bildirmiştir. Bu deneyimler, bir kişiye zarar verme niyetiyle saldırma riskinin artmasıyla, yakın partner şiddetiyle, ağırlaştırılmış saldırı nedeniyle tutuklanmalarla ve diğer suçlardan tutuklanmalarla ilişkili bulunmuştur. Psikotik benzeri deneyimlerin sayısı arttıkça şiddet riski de artmıştır. Olağandışı algısal deneyimler ve paranoyak düşünceler daha tutarlı bir şekilde şiddetle ilişkilendirilmiştir (167).

Bu çalışmada da kadınlarda ve erkeklerde psikotizm ile şiddet eğilimi ve agresyon arasında benzer şekilde ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Psikoz, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) tanımlanan, sanrılar, halüsinasyonlar, azalmış duygusal ifadenin yanı sıra düzensiz düşünme ve motor becerileri içeren heterojen bir sendromdur. Bu semptomlar sıklıkla şizofreni, sanrısız bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi zihinsel bozukluklarla ilişkilidir. Psikoz ayrıca madde kullanımı ve serebrovasküler, endokrin ve neoplastik hastalıklar, epilepsi ve kafa travması gibi diğer tıbbi durumların bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Psikoz ile başkalarına uygulanan şiddet arasındaki potansiyel ilişki uzun süredir tartışılmaktadır. 166 bağımsız veri seti temel alınarak 204 çalışmadan toplam 885 etki büyüklüğünün hesaplandığı bir metaanalizde psikozun şiddet ihtimalindeki %49-%68'lik artışla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir (168). İlk atak psikozdaki hastaların önemli bir kısmı tedaviye başvurmadan önce şiddet eylemi gerçekleştirir; buna başka bir kişinin yaralanmasına neden olan daha ciddi bir şiddet eylemi gerçekleştiren bir grup da dahildir. Ancak mağdurun ciddi veya kalıcı yaralanmasına neden olan düzeyde bir şiddet eylemi bu popülasyonda nadirdir (169).

Şiddetin düzeyinin belirli psikotik semptom türleri ile ilişkili olup olmadığını incelemek için Queensland Ruh Sağlığı Mahkemesi tarafından akıl sağlığı yerinde olmadığı tespit edilen erkeklere ilişkin geriye dönük yapılan dosya incelemesinde semptomlar ile üç şiddet düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş; Capgras sanrıları (kişinin bir arkadaşının, eşinin, ebeveyninin, başka bir yakın aile üyesinin veya evcil hayvanının sahtesiyle değiştirildiği yanlısamasına sahip olduğu bir psikiyatrik bozukluktur) ve komut halüsinasyonları cinayetle ilişkilendirilmiş; akut tehlike ve ciddi şiddet içeren tehdit/kontrol-geçersiz kılma belirtileri ve bedensel zarara yol açan saldırı ile büyülenme sanrıları ilişkilendirilmiştir. Önceki şiddet ve madde kullanımı kontrol edildiğinde semptom değişkenleri anlamlı belirleyiciler olmaya devam etmiştir (170). Bu çalışmada kadınlarda diğerlerine yönelik agresyon ilişkili çıksa da erkeklerde psikotizm ile diğerlerine yönelik agresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca psikopatoloji tiplerinden depresyon, öfke ve paranoya şiddet için risk faktörü olarak bulunmuş psikozda böyle bir açıklayıcılık bulunmamıştır. Bu bulgu psikoza atfedilen şiddet davranışının sorgulanmasına neden olarak psikiyatrik damgalamanın önüne geçebilir. Psikoz ile ilgili yetersiz ve yanlış bilgilendirilme, psikotik hastaların saldırgan kişiler olarak algılanması ve hastadan korkulması ile hasta birey toplumdan dışlanmakta, bu dışlanmanın etkisiyle hasta bireylerin sosyalleşememesine ve toplumca yanlış algılanan tuhaf tepkiler vermesine neden olabilmektedir. Fakat bu tuhaf tepkiler, şiddet davranışı gösterecekleri anlamına gelmez.

Bu çalışmada uyku ve iştah sorunlarının kadın ve erkeklerde şiddet eğilimi ve agresyon ile ilişkili olduğu fakat erkeklerde bu sorunların diğerlerine yönelik agresyonu etkilemediği saptanmıştır. Klinik gözlemler, uyku sorunlarının reaktif saldırganlık ve şiddetin gelişiminde nedensel bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bir derlemede, yetersiz uyku ile saldırganlık, sinirlilik ve düşmanlık arasındaki ilişkiye dair mevcut literatür gözden geçirilmiş, sayıları sınırlı olsa da bazı çalışmaların uyku bozukluklarının tedavisinin saldırganlığı ve problemleri davranışları azalttığını öne sürmüştür. Uyku yoksunluğunun hayvanlarda saldırgan davranışları, öfkeyi, çabuk öfkelenmeyi ve insanlarda saldırgan dürtülerin dışa vurumunu arttırdığı bulgusu da bununla paraleldir. Çoğu insanda yetersiz uyku gerçek fiziksel saldırganlığa neden olmaz, ancak adli psikiyatri hastaları gibi bazı kişiler, uyku

bozukluklarının duygusal düzenleyici etkilerine karşı özellikle savunmasız olabilirler. Uyku sorunları ile saldırganlık arasındaki ilişkiye, uyku kaybının prefrontal kortikal işlevler üzerindeki olumsuz etkisi aracılık ediyor olabilir. Bu büyük olasılıkla, saldırgan dürtülerin bağlama uygun davranışa yönelik düzenlenmesinin kaybı da dahil olmak üzere, duygular üzerindeki kontrolün kaybına katkıda bulunmaktadır. Uyku sorunlarını saldırganlık ve şiddete bağlayan diğer potansiyel katkıda bulunan mekanizmalar büyük olasılıkla merkezi serotonerjik ve hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninde bulunur. Bu nörobiyolojik sistemler içindeki bireysel farklılıklar, bazı bireylerde uyku kaybının neden olduğu güçlendirilmiş agresif tepkilerden sorumlu olabilir (171). Bir metaanalizde çalışmaların %80,8'inde düşük uyku kalitesi, yüksek saldırganlık ile ilişkilendirilmiştir. Bulgular kötü uyku kalitesinin sürekli olarak daha yüksek saldırganlıkla ilişkili olduğunu doğrulamaktadır (172). Krizan, uyku sorunlarının, özellikle yakın partner şiddeti, okul ve siber zorbalık ile psikiyatri ve ıslah kurumlarındaki kurumsal saldırganlığı içeren alanlarda saldırganlığa önemli katkılarda bulunabileceğini ortaya koymaktadır (173). Düşmanca ve saldırgan özelliklere sahip bireylerin, daha az düşmanca ve saldırgan kişilere göre daha sık uyku sorunları yaşadığı görülmektedir. Uyku kaybı, özellikle olumsuz duygusal durumlara veya sinir bozucu durumlara tepki olarak, duygusal tepkiler üzerindeki prefrontal kontrolü muhtemelen azaltır. Hipotalamik-hipofiz-adrenal aks ve serotonin sistemi de etkilenebilir. Genellikle zayıf dürtü engellemeye sahip bireyler, yetersiz uykunun hayal kırıklığı toleransı ve saldırganlık kontrolü üzerindeki potansiyel zararlı etkisine karşı özellikle duyarlı olabilir. Altta yatan nörobiyolojik mekanizmalardaki bireyler arası çeşitlilik muhtemelen bu bireysel hassasiyetten sorumludur (174).

Açlığın akut etkileri enerji yokluğuna bağlı halsizlik, huzursuzluk, sinirlilik olarak görülür. Bunun yanında karbonhidrat eksikliğinde ortaya çıkan hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, hafızada yetersizlik, kısaca açlık huzursuzluğu şeklinde de etkilerini gösterebilmektedir. Akut açlığın organizmaya yönelik olumsuz etkileri yadsınamaz bir gerçektir. Besin yoksunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan kronik açlık ise vücutta besin ögesi eksiklikleri ve buna bağlı hormon ve nörotransmitter metabolizma bozuklukları ve sonuçta sinir sistemi harabiyeti ile kendini gösterir. Şiddet ve saldırganlık ile en fazla ilişkilendirilen amino asit triptofandır. Triptofandan düşük diyetle beslenilmesi vücutta serotonin miktarında azalmaya yol açarak bu davranışların oluşumuna neden

olmaktadır. Serotonin, saldırgan davranışların modüle edilmesinde önemli rolü olan bir nörotransmitterdir. Vücut için elzem olan yağ asitlerinin gereksinimden düşük miktarda alımı da saldırgan davranışların oluşumunda etkili olmaktadır (175).

Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, çocuk durumu) ve bazı klinik özellikler (kronik hastalık, psikiyatrik hastalık) kontrol edildiğinde psikopatoloji düzeyi ile şiddet eğilimi ve agresyon arasında hala orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da psikopatolojinin bazı sosyodemografik ve klinik verilerden bağımsız bir şekilde şiddet ve agresyon ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca regresyon modellerine göre sosyodemografik ve klinik değişkenler şiddet eğiliminin %22'sini, agresyonun ise %19'unu açıklamakta, bu bağımsız değişkenler psikopatoloji dahil edildiğinde şiddet eğilimini açıklayıcılığı %41'e, agresyonu açıklayıcılığı ise %30'a çıkmıştır. Ayrıca psikopatoloji alt ölçeklerinin şiddet eğiliminin %53'ünü açıkladığı; depresyon, öfke ve paranoyanın şiddet eğilimi için anlamlı düzeyde risk faktörü olduğu; agresyonun ise %43'ünü açıkladığı, depresyon ve öfke alt ölçeklerinin agresyon için anlamlı düzeyde risk faktörü olduğu görülmüştür. Psikopatoloji, şiddet eğilimi ve agresyonun neredeyse yarısını açıkladığı halde sağlık hizmetlerinin çoğunlukla kurbanların mental sağlığıyla ilgilenmesi veya şiddet faillerinin psikopatolojinin genellikle psikoz ile ilgili kısmının tedaviye yönlendirilmesi yetersiz bir müdahale demektir.

Şiddeti önleme çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün öncülüğünde tüm dünyada titizlikle yürütülmektedir. DSÖ, kadına yönelik cinayetler ve şiddete ilişkin küresel yaygınlık tahminlerinin periyodik olarak geliştirilmesi ve yayınlanması; çocuklara yönelik kötü muamele ve kadına yönelik şiddet mağdurlarına yönelik sağlık sektörü hizmetlerine ilişkin teknik belgelerin geliştirilmesi ve dağıtılması; gençlik şiddeti, çocuklara yönelik şiddeti ve kadına yönelik şiddeti önlemeye ve bunlara müdahale etmeye yönelik stratejik raporların yayınlanması ve şiddeti önleme ortaklıkları ve ittifaklarının kurulması konusunda öncülük etmektedir. Şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önderliğinde bir çok kurum işbirliği içinde geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Şiddet önleme çalışmalarında çok yönlü yaklaşım içinde toplum ruh sağlığını geliştirme ve önleme müdahaleleri de önemlidir. Ruh sağlığını geliştirme, teşhis edilebilir bir zihinsel bozukluğun başlamasını önlemeye ve zihinsel bir bozukluğun gelişmesine yol açabilecek risk faktörlerini azaltmaya yardımcı olabilecek koruyucu faktörleri ve sağlıklı davranışları teşvik etmeye ve artırmaya çalışmaktadır.

Spesifik olarak, ruh sağlığı şu yollarla geliştirilebilir:

1. Erken çocukluk müdahaleleri (örneğin hamile kadınlar için ev ziyaretleri, okul öncesi psikososyal faaliyetler).
2. Çocuklara destek sağlamak (örneğin beceri geliştirme programları, çocuk ve gençlik geliştirme programları).
3. Azınlıklar, yerli halklar, göçmenler ve çatışmalardan ve afetlerden etkilenen insanlar da dahil olmak üzere hassas grupları hedef alan programlar (örneğin afetlerden sonra psikososyal müdahaleler).
4. Ruh sağlığını geliştirici faaliyetlerin okullara dahil edilmesi (örneğin, okullarda ekolojik değişiklikleri destekleyen programlar).
5. Şiddeti önleme programları ve topluluk geliştirme programları.

Ruh Sağlığı önleme çalışmaları hitap ettikleri kitleye, sağladıkları yoğunluk düzeyine ve hedefledikleri gelişim aşamasına göre farklılık gösterebilmektedir. Bunlar:

1. Evrensel Önleyici Müdahaleler: Risk altında olduğu belirlenmemiş, genel kamuya yönelik müdahaleler. Örneğin okuldaki tüm çocuklara yönelik bir ruh sağlığı veya madde bağımlılığı müfredatı.

2. Seçici-Önleyici Müdahaleler: Zihinsel, duygusal veya davranışsal bozuklukların başlangıcıyla ilgili olduğu bilinen biyolojik, psikolojik veya sosyal risk faktörleri sergileyen bireylere yönelik müdahaleler. Örneğin aile içi şiddete veya evde madde bağımlılığına maruz kalan çocuklar için destek grupları.

3. Belirli-Önleyici Müdahaleler: Zihinsel, duygusal veya davranışsal bir bozukluğun tespit edilebilir bazı belirtilerine sahip olduğu belirlenen veya böyle bir bozukluğa biyolojik olarak yatkınlığı olan ancak bu koşulları karşılamayan yüksek

riskli bireylere yönelik müdahaleler. Örneğin davranış sorunları olan, madde kullanımını olan veya okuldan kaçan çocuklar ve gençler için sosyal becerileri ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmeye yönelik programlar.

4. Tedavi: Bir mental bozukluğun semptomlarının iyileştirilmesi veya azaltılması amaçlanan, teşhis edilebilen bir bozukluğu olan kişilere yönelik bireysel müdahaleler. Örneğin ruhsal bozukluk tanısı konmuş bir birey veya aileye yönelik psikoterapiler veya ilaç tedavileri uygulanması.

Şiddet önleme çalışmalarında evrensel önleyici, seçici-önleyici ve belirli-önleyici müdahalelerin etkin olarak kullanıldığı ulusal ve uluslararası bir çok program vardır. DSÖ'nün 2010 yılında yayınladığı raporun kapsadığı şiddeti önleme stratejileri bu yaklaşımları içerir (176):

1. Çocuklar ile ebeveynleri ve bakıcıları arasında güvenli, istikrarlı ve besleyici ilişkiler geliştirmek.
2. Çocuk ve ergenlerde yaşam becerilerinin geliştirilmesi.
3. Alkolün bulunurluğunun ve zararlı kullanımının azaltılması.
4. Silahlara, bıçaklara ve böcek ilaçlarına erişimin azaltılması.
5. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi.
6. Şiddeti destekleyen kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi.
7. Mağdur tespit, bakım ve destek programları.

Mayıs 2016'daki Dünya Sağlık Asamblesi'nde üye devletler, özellikle kadınlara, kız çocuklarına ve çocuklara yönelik kişilerarası şiddete karşı sağlık sistemlerinin rolünün güçlendirilmesine yönelik küresel bir eylem planını onaylamıştır (177). Ayrıca yine 2016 yılında DSÖ, çocuklara yönelik şiddeti sona erdirmeye yönelik INSPIRE stratejilerini yayınlamıştır. Bu yedi strateji, kanunların uygulanması ve uygulanması, normlar ve değerler, güvenli ortamlar, ebeveyn ve bakıcı desteği, gelir ve ekonomik güçlenme, müdahale ve destek hizmetleri ile eğitim ve yaşam becerileri başlıklarının her biri için önlemler oluşturmayı hedeflemektedir (178). 2019

yılında da, DSÖ tarafından kadına yönelik şiddeti önlemek için “RESPECT-Women” stratejileri yayınlanmıştır. Her RESPECT harfi yedi stratejiden birini temsil etmektedir: İlişki becerilerinin güçlendirilmesi, kadınların güçlendirilmesi, sağlanan hizmetler, yoksulluğun azaltılması, etkinleştirici ortamlar (okullar, iş yerleri, kamusal alanlar) oluşturulması, çocuk ve ergen istismarının önlenmesi ile dönüşen tutumlar, inançlar ve normlar (179). Bu stratejilere yönelik müdahale örnekleri arasında, yakın partner şiddetinden kurtulanlara yönelik psikososyal destek ve psikolojik müdahaleler, ekonomik ve sosyal güçlendirme programları, nakit transferleri, iletişim ve ilişki becerilerini geliştirmek için çiftlerle çalışmak, cinsiyet eşitsizliğine yönelik cinsiyet normlarını değiştirmek için toplumsal seferberlik müdahaleleri, okullarda güvenliği artıran, sert cezaları azaltan/ortadan kaldıran ve toplumsal cinsiyet rollerine meydan okuyan, eşitlik ve rızaya dayalı ilişkileri teşvik eden müfredatlar içeren okul programları, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine yönelik güç ilişkileri hakkında eleştirel düşünceler üretmek için kadın ve erkeklerle grup temelli katılımcı eğitimleri oluşturmak gösterilebilir.

Ruh sağlığı müdahalelerine dünyadan da çeşitli örnekler vardır. Örneğin Zambiya'da Ortak Unsurlar Transdiagnostik Yaklaşımı (CETA) kullanılarak bir psikoterapötik müdahale geliştirilmiş ve bunun, çiftlerde 2 yıl boyunca devam eden hem madde bağımlılığı hem de şiddette önemli bir azalmaya olanak sağladığı gösterilmiştir.

Çocuklara yönelik müdahaleler şiddetin farklı türlerini önlemeye yönelik tasarlanmıştır. Akran şiddetinin okullarda sunulan programlar, bilişsel davranış ve yaşam becerileri müdahaleleri ile önlenebileceğine dair önemli kanıtlar vardır ve yakın zamanda oyun temelli bir yaşam becerileri müdahalesinin Pakistan'da etkili olduğu gösterilmiştir. Bedensel cezanın azaltılmasına yönelik çalışmalardan Uganda'daki İyi Okullar Programı, okuldaki çocuklar arasındaki şiddeti azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Güney Afrika'daki Skhokho Programı ve Yaşam Boyu Sağlık için Ebeveynlik (Sinovuyo) müdahalesi ise çocuklar ve ebeveynlerine yönelik müdahalelere odaklanmış, bu programların bir dizi ebeveynlik ve ergenlik sonuçlarını iyileştirebileceğine dair bazı kanıtlar bulunmuştur (180).

Tüm dünyada şiddet önleme programları etkin bir şekilde uygulanmakta fakat

özellikle şiddet suçları mükerrer bir şekilde gerçekleşmektedir. Suçlular, kaç defa suça karıştıkları ve tutuklanıp ceza infaz kurumuna alındıkları konusunda çeşitlilik gösterirler. Bazıları tahliye olduktan sonra suç işlemezken, bazıları suç işlemeye devam etmektedir. Mükerrer suçluluk, işledikleri suçlara karşılık yasal bir yaptırımla cezaevine girmiş hükümlüler içerisinde cezaevinden çıktıktan sonra yeniden suç işleyenleri kapsamaktadır. Mükerrer suçluğu kapsayan çok sayıda yapılan araştırmaya göre, aynı ya da benzer suçtan defalarca cezaevine giren kişilerin suça karışma nedenlerine bakıldığında suça karışmış bir özgeçmiş, arkadaşlar, aile, kadın ya da erkek olma, düşük sosyal başarı, yoğun uyuşturucu madde kullanımı gibi faktörlerin ortak olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri Ceza Komisyonunun raporunda 2016 yılında, federal mahkemelerde ağır suç nedeniyle mahkum edilen 61946 suçlu araştırılmış, suçluların neredeyse dörtte üçü (%72,8) daha önce bir suçtan hüküm giymiştir. Federal suçluların yüzde 39,5'i, şiddet içeren bir suçtan dolayı önceden bir veya daha fazla mahkumiyete sahiptir (181). Afyon cezaevlerinde cinayet ve yaralama suçlarından mahkumiyet almış kişiler ile yapılan bir araştırmada katılımcılardan %33,2'si daha önce tutuklanmış ya da hüküm giymiştir. Daha önce tutuklanmış ya da hüküm giymiş kişilerin %22,9'u cinayet, %19,3'ü cinayete teşebbüs, %51,4'ü yaralama gibi suçlardan tutuklanmış ya da hüküm giymiştir. Daha önce işlenen suçlara bakıldığında ağırlıklı olarak yaralama ve cinayet suçlarını olduğu görülmektedir. Bu mahkumların çocukluk ve gençlik dönemine bakıldığında ise %90,1'i kavga suçlarına karışmışlardır (182). Bu oranlar şiddet suçlarının mükerrer işlenmesinin yüksek oranda olduğunu göstermektedir.

. Bu örneklerde görüldüğü üzere özellikle şiddet suçları tüm önleme programlarına rağmen tekrarlanmaktadır. Ayrıca psikiyatrik değerlendirmeler sonucu suç işleyen kişilerin psikopatoloji oranlarının oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde mevzuat gereği suça karışmış kişilerin psikiyatrik değerlendirmesi daha çok psikotik bozukluklar söz konusu olduğunda gerçekleşmektedir. Ayrıca yine örneklerde görüldüğü üzere suça karışmış kişilerin daha önceki suç geçmişleri göz önünde bulundurulduğunda cezanın da onları suç işlemekten alıkoymadığı, belki de biyolojik olarak müdahale ederek bu davranış değişimine katkıda bulunmak gerektiği düşünülebilir. Şiddeti önleme çalışmalarında biyolojik müdahaleleri daha etkin kullanmak, sadece psikoz için değil şiddete neden olabileceği çalışmalarla gösterilmiş

olan depresyon ve paranoya gibi psikiyatrik hastalıkları da tedavi ederek şiddeti önleme çalışmalarına katkıda bulunmak mümkün olabilir. Bu noktada hem birinci basamak hekimlerinin bu tez çalışmasında kullanılan SCL 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği'ni uygulamaları ve herhangi bir alt ölçekte kesme puanının üstünde kalan hastaları psikiyatriye yönlendirmeleri, hem de herhangi bir şiddet suçuna karışmış kişilerin karakol ifade alma süreçlerinde psikoz olup olmaması dikkate alınmaksızın psikiyatrik muayenenin de rutin uygulama içinde olması maliyet-etkili bir yöntem olabilir.

Şiddet ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele almak, halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından büyük önem taşır. Bu konuda aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

1. Erken Tanı ve Müdahale

Erken Tarama Programları: Okullarda, iş yerlerinde ve sağlık kurumlarında psikolojik tarama programları uygulanarak, şiddet eğiliminde olan veya psikopatolojik belirtiler gösteren bireylerin erken teşhis edilmesi sağlanabilir.

Psikolojik Destek Hizmetleri: Erken tanı konulan bireylere, ücretsiz veya kolay erişilebilir psikolojik destek ve terapi hizmetleri sunulmalıdır.

2. Eğitim ve Farkındalık

Okullarda Eğitim Programları: Şiddet ve psikopatoloji hakkında öğrenciler, öğretmenler ve veliler için eğitim programları düzenlenerek farkındalık artırılmalıdır.

Toplum Bilinçlendirme Kampanyaları: Şiddetin ve psikopatolojinin sonuçları hakkında toplumda genel farkındalığı artıracak kampanyalar ve medya programları yapılmalıdır.

3. Sosyal Destek ve Rehabilitasyon

Sosyal Destek Ağları: Şiddet geçmişi olan veya şiddet riski taşıyan bireyler için sosyal destek ağları oluşturulmalı ve bu bireyler topluma yeniden kazandırılmalıdır.

Rehabilitasyon Programları: Suç işlemiş veya şiddet davranışı göstermiş bireyler için özel rehabilitasyon programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

4. Araştırma ve Veri Toplama

Araştırma Destekleri: Şiddet ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için akademik araştırmalar desteklenmelidir.

Veri Toplama ve Analiz: Halk sağlığı kurumları, şiddet vakalarını ve psikopatolojik vakaları izleyerek veri toplamalı ve bu verileri analiz ederek politikalar geliştirmelidir.

5. Politik ve Yasal Düzenlemeler

Yasal Düzenlemeler: Şiddetle mücadeleye yönelik yasal düzenlemeler sıkılaştırılmalı ve psikolojik yardım alma zorunluluğu gibi önlemler getirilmelidir.

Politika Geliştirme: Hükümetler ve yerel yönetimler, şiddet ve psikopatoloji ile mücadeleye yönelik kapsamlı halk sağlığı politikaları geliştirmelidir.

6. Toplum Temelli Müdahaleler

Toplum Merkezleri: Yerel toplum merkezleri aracılığıyla psikolojik destek, eğitim ve sosyal etkinlikler düzenlenerek, toplumun ruh sağlığı desteklenmelidir.

Toplum Katılımı: Toplum liderleri ve yerel organizasyonlar, şiddet ve psikopatoloji ile mücadelede aktif rol almalı ve bu alanda işbirliği içinde çalışmalıdır.

7. Çok Disiplinli Yaklaşım

Tek bir disiplin tarafından uygulanan önleme programları etkili olmazken, birden fazla kurumun içinde yer aldığı programlar daha etkili sonuçlar sağlar.

Bu önlemler, şiddet ve psikopatoloji arasındaki karmaşık ilişkiyi ele alarak toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik önemli adımlar sağlayabilir.

Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları da mevcuttur. Verilerin öz bildirim ölçekleri aracılığıyla elde edilmesi klinik olarak elde edilen verilere göre daha subjektif olmasına sebep olmuş olabilir. Geçmiş travmatik yaşantıların detaylı değerlendirilmemiş olması, cinsel travma gibi verilerin sorgulanmamış olması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Psikopatoloji ölçeğinin içerik olarak şiddet ile ilişkili görülebilen kişilik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yönelik sorular içermemesi psikopatolojinin sorgulanmasında eksik yönler bırakmıştır. Bu konuda daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin ve psikopatolojinin şiddet eğilimi ve agresyon üzerindeki etkisi incelenmiştir. İlkokul mezunu olan, düşük gelir durumu olan, bekar olan ve çocuğu olmayanlarda şiddet eğilimi yüksektir. Ayrıca kronik hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda hem şiddet eğilimi hem de agresyon yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda SCL-90-R psikolojik belirti tarama ölçeği ile şiddet eğilimi ve agresyon ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Özellikle, paranoid düşünce ölçeği puanları ile şiddet eğilimi arasında yüksek düzeyde ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca psikopatoloji alt ölçeklerinin şiddet eğiliminin %53'ünü, agresyonun ise %43'ünü açıkladığı; depresyon, öfke ve paranoyanın şiddet için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışma sosyodemografik özelliklerin ve psikiyatrik semptomların şiddet eğilimi ve agresyon üzerindeki etkilerini ortaya koymuştur. Bu bulgular, sağlık politikalarının ve müdahalelerinin bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarını dikkate alarak şekillendirilmesi ve psikiyatrik müdahalelerin daha geniş alanda etkin bir şekilde kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

7.KAYNAKLAR

1. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
2. http://samples.jblearning.com/9780763792008/92008_CH03_Chapter3.pdf
3. WHO. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization; 2014.
4. Donnelly P.D., Ward C.L. (2015). Oxford Textbook of Violence Prevention Epidemiology, Evidence and Policy, 44.
5. Donnelly P.D., Ward C.L. (2015). Oxford Textbook of Violence Prevention Epidemiology, Evidence and Policy, 19.
6. Donnelly P.D., Ward C.L. (2015). Oxford Textbook of Violence Prevention Epidemiology, Evidence and Policy, 67.
7. World Health Assembly, 49. (1996). Prevention of violence: public health priority. World Health Organization.
8. <https://www.cam.ac.uk/research/news/global-violence-rates-could-be-halved-in-just-30-years-say-leading-experts>
9. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/violent-crime-rates-by-country>.
10. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsPCyBhD4ARIsAPaaRf2rWJN2_ixkZ_Je1dXJnfTwqi9NXv9exQRZabGSYCXnlSb9WURSFvwaAhE_EALw_wcB
11. Bushman, B. J. (Ed.). (2016). Aggression and violence. Psychology Press.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Diagnostic criteria, reference book. American psychiatric association (2014)
13. Haskan, Ö. (2009). Ergenlerde Şiddet Eğilimi, Yalnızlık ve Sosyal Destek, Yayınlanmış Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı.
14. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf.
15. Emile Durkheim, İntihar, Çeviren: Z. Zühre İlkelen, 2013, Pozitif Yayınevi, sf. 5.
16. Ronald W. Marris v.d. The American Association of Suicidology Comprehensive Textbook of Suicidology, New York, The Guildford Press, 2000, s.53.
17. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
18. Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M. G., & Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. Children and Youth Services Review, 142, 106634.
19. Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: a meta-analysis. Frontiers in psychiatry, 13, 912441.
20. Liu, R. T. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. Psychological medicine, 53(1), 274-282.
21. Huecker, M. R., & Smock, W. (2020). Domestic violence. StatPearls.

22. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=The%20prevalence%20estimates%20of%20lifetime,WHO%20South%2DEast%20Asia%20region>.
23. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=The%20prevalence%20estimates%20of%20lifetime,WHO%20South%2DEast%20Asia%20region>.
24. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. *Pediatrics* 2016; 137(3): e20154079.
25. Dong, X., Simon, M. (2013). Association between reported elder abuse and rates of admission to the skilled nursing facilities: Findings from a longitudinal population-based cohort study. *Gerontology*, 59(5):464-472.
26. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
27. Paiva, M. M. D., & Tavares, D. M. D. S. (2015). Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Revista brasileira de enfermagem*, 68, 1035-1041.
28. <https://www.undrr.org/understanding-disaster-risk/terminology/hips/so0006>.
29. Bardall, Gabrielle; Bjarnegård, Elin; Piscopo, Jennifer M. (November 2020). "How is Political Violence Gendered? Disentangling Motives, Forms, and Impacts". *Political Studies*. 68 (4).
30. Miller, Martin A. (2022). "The Dynamics of Entangled Political Violence: From the Greensboro Massacre (1979) to the War on Terror (2001)". In Larres, Klaus; Hof, Tobias (eds.). *Terrorism and Transatlantic Relations: Threats and Challenges. Security, Conflict, and Cooperation in the Contemporary World (SCCCW)*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan. pp. 33–42.
31. Stepanova, Ekaterina (2008). *Terrorism in Asymmetrical Conflict: Ideological and Structural Aspects (PDF)*. SIPRI Research Report. Vol. 23. Oxford and New York: Oxford University Press.
32. Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D. and Greeson, M. R. (2008), 'Development of the scale of economic abuse', *Violence against Women*, Vol. 14, No 5, pp. 563–588.
33. Adams, A. E. and Beeble, M. L. (2019), 'Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life', *Psychology of Violence*, Vol. 9, No 5, pp. 517–525.
34. Yüksel N. (2010) Temel Psikofarmakoloji. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 1081.
35. Comai, S., Tau, M., & Gobbi, G. (2012). The psychopharmacology of aggressive behavior: a translational approach: part 1: neurobiology. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(1), 83-94.
36. de Almeida, R. M., Ferrari, P. F., Parmigiani, S., & Miczek, K. A. (2005). Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA. *European journal of pharmacology*, 526(1-3), 51
37. Krakowski, M. (2003). Violence and serotonin: influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15(3), 294-305.
38. de Almeida, R. M., Ferrari, P. F., Parmigiani, S., & Miczek, K. A. (2005). Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA. *European journal of pharmacology*, 526(1-3), 51-64.

39. Sweidan, S., Edinger, H., & Siegel, A. (1991). D2 dopamine receptor-mediated mechanisms in the medial preoptic-anterior hypothalamus regulate affective defense behavior in the cat. *Brain research*, 549(1), 127-137.
40. Yüksel N. (2010) Temel Psikofarmakoloji. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 42.
41. Knutson, B., Wolkowitz, O. M., Cole, S. W., Chan, T., Moore, E. A., Johnson, R. C., ... & Reus, V. I. (1998). Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 373-379.
42. Cherek, D. R., Lane, S. D., Pietras, C. J., & Steinberg, J. L. (2002). Effects of chronic paroxetine administration on measures of aggressive and impulsive responses of adult males with a history of conduct disorder. *Psychopharmacology*, 159(3), 266-274.
43. Eriksson, E., Hedberg, M. A., Andersch, B., & Sundblad, C. (1995). The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 12(2), 167-176.
44. New, A. S., Buchsbaum, M. S., Hazlett, E. A., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., Lo, J., ... & Siever, L. J. (2004). Fluoxetine increases relative metabolic rate in prefrontal cortex in impulsive aggression. *Psychopharmacology*, 176(3), 451-458.
45. Lane, S. D., Kjome, K. L., & Moeller, F. G. (2011). Neuropsychiatry of aggression. *Neurologic clinics*, 29(1), 49-64.
46. Nagaraj, R., Singhi, P., & Malhi, P. (2006). Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Child Neurology*, 21(6), 450-455.
47. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. (2005). Risperidone treatment of autistic disorder: longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1361-1369.
48. Correll, C. U., Yu, X., Xiang, Y., Kane, J. M., & Masand, P. (2017). Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 29(2), 92-107.
49. Stanford, M. S., Anderson, N. E., Lake, S. L., & Baldrige, R. M. (2009). Pharmacologic treatment of impulsive aggression with antiepileptic drugs. *Current treatment options in neurology*, 11(5), 383-390.
50. De la Fuente, J., & Lotstra, F. (1994). A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 4(4), 479-486.
51. Stanford, M. S., Anderson, N. E., Lake, S. L., & Baldrige, R. M. (2009). Pharmacologic treatment of impulsive aggression with antiepileptic drugs. *Current treatment options in neurology*, 11(5), 383-390.
52. Nagata, T., Harada, D., Aoki, K., Kada, H., Miyata, H., Kasahara, H., & Nakayama, K. (2007). Effectiveness of carbamazepine for benzodiazepine-resistant impulsive aggression in a patient with frontal infarctions. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(6), 695-697.
53. Berlin, H. A., & Hollander, E. (2008). Antiepileptic drugs in the treatment of impulsivity and aggression and impulse control and cluster B personality

- disorders. In *Antiepileptic Drugs to Treat Psychiatric Disorders* (pp. 324-355). CRC Press.
54. Donnelly P.D., Ward C.L. (2015). *Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence and Policy*, 4.
 55. Detels R. (2022). *Oxford Textbook of Global Public Health, Interpersonal violence*, 15669.
 56. Donnelly P.D., Ward C.L. (2015). *Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence and Policy*, 5.
 57. Christiansen, K. and Knusmann, R. (1987). Androgen levels and components of aggression in men. *Hormone Behaviour*, 21, 170–80.
 58. Centers For Disease Control (1998) *Youth Risk Behavior Surveillance - United States. Morbidity and Mortality Weekly Report* 47(No. SS-3):7-8, 44.
 59. Shih, J. C., Chen, K., & Ridd, M. J. (1999). Monoamine oxidase: from genes to behavior. *Annual review of neuroscience*, 22(1), 197-217.
 60. Alia-Klein, N., Goldstein, R. Z., Kriplani, A., Logan, J., Tomasi, D., Williams, B., ... & Fowler, J. S. (2008). Brain monoamine oxidase A activity predicts trait aggression. *Journal of Neuroscience*, 28(19), 5099-5104.
 61. Garofalo, C., & Wright, A. G. (2017). Alcohol abuse, personality disorders, and aggression: The quest for a common underlying mechanism. *Aggression and violent behavior*, 34, 1-8.
 62. Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 8(2), 155-174.
 63. Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 135(5), 679.
 64. Lamsma, J., & Harte, J. M. (2015). Violence in psychosis: conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggression and violent behavior*, 24, 75-82.
 65. Detels R. (2022). *Oxford Textbook of Global Public Health, Interpersonal violence*, 8243.
 66. Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., ... & Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 32(5), 529-548.
 67. Maniglio, R. (2010). The role of deviant sexual fantasy in the etiopathogenesis of sexual homicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 294-302.
 68. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
 69. Kesner, J. E., & McKenry, P. C. (1998). The role of childhood attachment factors in predicting male violence toward female intimates. *Journal of family violence*, 13, 417-432.
 70. Ogilvie, C. A., Newman, E., Todd, L., & Peck, D. (2014). Attachment & violent offending: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 19(4), 322-339.
 71. Herrenkohl, T. I., Huang, B., Tajima, E. A., & Whitney, S. D. (2003). Examining the link between child abuse and youth violence: An analysis of mediating mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1189-1208.
 72. Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review*, 80, 101891.

73. Crutchfield, R. D., & Wadsworth, T. (2003). Poverty and violence. In *International handbook of violence research* (pp. 67-82). Dordrecht: Springer Netherlands.
74. Carlson, K. T. (2006). Poverty and youth violence exposure: Experiences in rural communities. *Children & Schools*, 28(2), 87-96.
75. Fishman, J. R. (1969). Poverty, race, and violence. *American journal of psychotherapy*, 23(4), 599-607.
76. Fulu, E., Jewkes, R., Roselli, T., and Garcia-Moreno, C. (2013). Prevalence and risk factors for male perpetration of intimate partner violence: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *The Lancet Global Health*, 1(4), e187–207.
77. Yodanis, C. L. (2004). Gender inequality, violence against women, and fear: A cross-national test of the feminist theory of violence against women. *Journal of interpersonal violence*, 19(6), 655-675.
78. Marotta, P. (2017). Exploring relationships between delinquent peer groups, participation in delinquency, substance abuse, and injecting drug use among the incarcerated: Findings from a national sample of state and federal inmates in the United States. *Journal of drug issues*, 47(3), 320-339.
79. Detels R. (2022). *Oxford Texbook of Global Public Health, Interpersonal violence*, 8273-8274.
80. <https://sdgs.un.org/goals>
81. Detels R. (2022). *Oxford Texbook of Global Public Health, Interpersonal violence*, 8277-8278.
82. Detels R. (2022). *Oxford Texbook of Global Public Health, Interpersonal violence*, 8283-8284. Derogatis, L.R. (1977) *SCL-90 Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version* Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. School of Medicine.
83. Derogatis, L.R. (1977) *SCL-90 Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version* Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. School of Medicine.
84. Dağ İ (1991) Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 5-12.
85. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1998). *Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet*, Ankara Başbakanlık Basımevi.
86. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression; *Am J Psychiatry*; 1986; 143, 35-39
87. Kutlu L, Aştı N. The Validity and Reliability Study of the Overt Aggression Scale in the Turkish Psychiatric Patient Group. *Journal of Health Science and Profession* 2019; 6(3): 513-26.
88. Haapasalo, J., & Moilanen, J. (2004). Official and self-reported childhood abuse and adult crime of young offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 31(2), 127-149.
89. Jung, H., Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Klika, J. B., & Skinner, M. L. (2015). Effects of physical and emotional child abuse and its chronicity on crime into adulthood. *Violence and victims*, 30(6), 1004-1018.
90. Milner, J. S., Robertson, K. R., & Rogers, D. L. (1990). Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 5(1), 15-34.

91. Abrahams, N., & Jewkes, R. (2005). Effects of South African men's having witnessed abuse of their mothers during childhood on their levels of violence in adulthood. *American journal of public health*, 95(10), 1811-1816.
92. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
93. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470337/>
94. Kirkcaldy, B. D., Siefen, G. R., Urkin, J., & Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescence. *Minerva pediatrica*, 58(5), 443.
95. Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of interpersonal violence*, 18(2), 166-185.
96. Murrell, A. R., Christoff, K. A., & Henning, K. R. (2007). Characteristics of domestic violence offenders: Associations with childhood exposure to violence. *Journal of family violence*, 22, 523-532.
97. Yıldırım, S. (2017). Kadına yönelik şiddet ve ataerkillik. *Bildiriler Kitabı-II*, 193.
98. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Women-in-Statistics-2023-53675#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,1'ini%20ise%20erkekler%20olu%C5%9Fturdu>
99. Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of personality disorders*, 23(6), 541-554.
100. Bukhari, S. R., Rashid, A., & Ali, F. A. (2017). Aggression in male and female university students. *Rawal Medical Journal*, 42(4), 511-511.
101. Scheithauer, H., Haag, N., Mahlke, J., & Ittel, A. (2008). Gender and age differences in the development of relational/indirect aggression: First results of a meta-analysis. *International Journal of Developmental Science*, 2(1-2), 176-189.
102. Knight, G. P., Guthrie, I. K., Page, M. C., & Fabes, R. A. (2002). Emotional arousal and gender differences in aggression: A meta-analysis. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 28(5), 366-393.
103. Isen, J. D., McGue, M. K., & Iacono, W. G. (2015). Aggressive-antisocial boys develop into physically strong young men. *Psychological science*, 26(4), 444-455.
104. Denson, T. F., O'Dean, S. M., Blake, K. R., & Beames, J. R. (2018). Aggression in women: behavior, brain and hormones. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 331733.
105. Hastings, J. E., & Hamberger, L. K. (1997). Sociodemographic predictors of violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 323-335.
106. Lin, S. J. (2006). Unemployment and suicide: panel data analyses. *The Social Science Journal*, 43(4), 727-732.
107. Yamasaki, A., Sakai, R., & Shirakawa, T. (2005). Low income, unemployment, and suicide mortality rates for middle-age persons in Japan. *Psychological Reports*, 96(2), 337-348.
108. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Statistics-on-Child-2023-53679>
109. Taylı, A. (2008). Eğitim sisteminde önemli bir sorun: Okulu bırakma.
110. Stojanović-Anđelić, M., & Novaković, D. The Sociodemographic Profile of Violence Crime Offenders. In *International Scientific Committee/International Scientific Conference Urban Security*, 77.

111. Flouri, E. (2005). Adult materialism/postmaterialism and later mental health: The role of self-efficacy. *Social Indicators Research*, 73, 1-18.
112. Tilov, B., Semerdzhieva, M., Bakova, D., Torniyova, B., & Stoyanov, D. (2016). Study of the relationship between aggression and chronic diseases (diabetes and hypertension). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(3), 421-424.
113. Sadiq, R., Shoukat, F., Ejaz, A., Waris, M., Kashif, A., & Ejaz, M. (2021). Type 2 Diabetes Mellitus: A Risk Factor of Aggression in Adults. *Khyber Medical University Journal*, 13(2), 103-7.
114. Mansouri, A., Shahdadi, H., Arefi, F., & Shahaki Vahed, A. (2016). Study of the relationship between perceived Stress and aggression in patients with type II diabetes referring to diabetes clinic of Zabol. *Journal of Diabetes Nursing*, 4(2), 40-47.
115. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 14 May 2022).
116. <https://mhanational.org/issues/2022/mental-health-america-adult-data#two>
117. Rodríguez, L., Auquer, K., & Franch, L. (1995). Prevalence of psychopathology at a primary care center. *Atencion Primaria*, 16(10), 586-90.
118. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
119. Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., ... & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry research*, 216(1), 146-154.
120. Holli, M. M., Sammallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 42-46.
121. Nojomi, M., & Gharayee, B. (2007). Medical students and mental health by SCL-90-R. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 21(2), 71-78.
122. Bergly, T. H., Nordfjærn, T., & Hagen, R. (2014). The dimensional structure of SCL-90-R in a sample of patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 19(3), 257-261.
123. McWilliams, N. (2020). Psikanalitik tanı klinik süreç içinde kişinin yapısını anlamak (E. Kalem, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
124. Sheffield, J. M., Brinen, A. P., & Freeman, D. (2021). Paranoia and grandiosity in the general population: differential associations with putative causal factors. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 668152.
125. Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., ... & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427-435.
126. Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124.
127. Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 475-485.
128. Wiles, N. J., Zammit, S., Bebbington, P., Singleton, N., Meltzer, H., & Lewis, G. (2006). Self-reported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 519-526.
129. Pignon, B., Schürhoff, F., Szöke, A., Geoffroy, P. A., Jardri, R., Roelandt, J. L., ... & Amad, A. (2018). Sociodemographic and clinical correlates of psychotic

- symptoms in the general population: findings from the MHGP survey. *Schizophrenia Research*, 193, 336-342.
130. Jonker, E.J., Goossens, P.J., Steenhuis, I.H., Oud, N.E., 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (6), 492–499.
 131. Amore, M., D'Ambrosio, S., Sanza, M., Zazzeri, N., Ferrari, G., 1998. *Psicopatologia del comportamento violento: una review*. *NOOs* 2, 105–118.
 132. Swanson, J.W., Holzer, C.D.E., Ganju, V.K., Jonio, R.T., 1989. Violence and psychiatric disorder in community: evidence from epidemiologic catchment area surveys. *Hospital & Community Psychiatry* 40, 605–608.
 133. Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: a meta-analysis. *Asia Pac Psychiatry* 2016; 8: 60–69.
 134. Samy, V. M., El Hamady, M. M., El Bakry, S. T., & Sayer-Dayer, A. E. (2019). Aggression among chronic schizophrenic patients. *Benha Journal of Applied Sciences*, 4(2), 17-22.
 135. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2013;25:24–33.
 136. González-Ortega I, Mosquera F, Echeburúa E, González-Pinto A. Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *Eur J Psychiatry* 2010; 24: 70-77.
 137. Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 73, 23-30.
 138. Yu R, Topiwala A, Jacoby R, Fazel S. Aggressive Behaviors in Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27:290–300.
 139. Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World journal of psychiatry*, 12(1), 1.
 140. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001;63(4):595 - 602 (Jul - Aug).
 141. Ritsner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000;157(3): 385 - 92 (Mar)
 142. Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Suppl 2), 131-136.
 143. Musaph, H. (1974). The role of aggression in somatic symptom formation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 449-460.
 144. Yang, Y. (2020). Aggression and somatic symptoms: The role of emotion regulation and distress tolerance. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 466-474.
 145. Espejo-Siles, R., Farrington, D. P., Zych, I., & Llorent, V. J. (2023). Antisocial behavior as a longitudinal predictor of somatization in adolescents. *Victims & Offenders*, 18(4), 732-743.
 146. Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., ... Alonso, J. (ESEMEd/MHEDEA 2000 investigators).

- (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291 - 299.
147. Puşuroğlu, M., & Gül, Ş. (2024). The relationship of obsessions and compulsions with aggression in patients with obsessive compulsive disorder.
 148. Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive - compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 180-184.
 149. Whiteside, S.P., Abramowitz, J.S., 2004. Obsessive - compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research* 28, 259 - 268.
 150. Sun, J., Zhang, X., Wang, Y., Wang, J., Li, J., & Cao, F. (2020). The associations of interpersonal sensitivity with mental distress and trait aggression in early adulthood: a prospective cohort study. *Journal of affective disorders*, 272, 50-57.
 151. Etxebarria, I., Ortiz, M. J., Conejero, S., & Pascual, A. (2009). Intensity of habitual guilt in men and women: Differences in interpersonal sensitivity and the tendency towards anxious-aggressive guilt. *The Spanish journal of psychology*, 12(2), 540-554.
 152. Leary, M. R., Twenge, J. M., & Quinlivan, E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Personality and social psychology review*, 10(2), 111-132.
 153. Bonab, B. G., & Koohsar, A. A. H. (2011). Relation among quality of attachment, hostility and interpersonal sensitivity in college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 192-196.
 154. Dutton, D. G., & Karakanta, C. (2013). Depression as a risk marker for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 310-319.
 155. Piko, B. F., & Pinczés, T. (2014). Impulsivity, depression and aggression among adolescents. *Personality and individual differences*, 69, 33-37.
 156. Meyrueix, L., Durham, G., Miller, J., Smalley, K. B., & Warren, J. C. (2015). Association between depression and aggression in rural women. *Journal of health disparities research and practice*, 8(4), 136.
 157. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539867/>
 158. Chung, J. E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J. H., Lee, K. E., & Gwak, H. S. (2019). Association between anxiety and aggression in adolescents: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 19, 1-9.
 159. Van Praag, H. M. (1998). Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 81-88.
 160. Kashani, J. H., Deuser, W., & Reid, J. C. (1991). Aggression and anxiety: A new look at an old notion. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 218-223.
 161. Smokowski, P. R., Cotter, K. L., Robertson, C. I., & Guo, S. (2013). Anxiety and aggression in rural youth: baseline results from the rural adaptation project. *Child Psychiatry & Human Development*, 44, 479-492.
 162. Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2008). Understanding clinical anger and violence: The anger avoidance model. *Behavior modification*, 32(6), 897-912.
 163. Scarpa, A., & Raine, A. (1997). Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 375-394.
 164. Norström, T., & Pape, H. (2010). Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*, 105(9), 1580-1586.

165. Wolf, K. A., & Foshee, V. A. (2003). Family violence, anger expression styles, and adolescent dating violence. *Journal of Family Violence*, 18, 309-316.
166. Coid, J. W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S., & Keers, R. (2016). Paranoid ideation and violence: meta-analysis of individual subject data of 7 population surveys. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 907-915.
167. Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 183-190.
168. Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 135(5), 679.
169. Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 209-220.
170. Green, B., Schramm, T. M., Chiu, K., McVie, N., & Hay, S. (2009). Violence severity and psychosis. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(1), 33-40.
171. Kamphuis, J., Meerlo, P., Koolhaas, J. M., & Lancel, M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep medicine*, 13(4), 327-334.
172. Van Veen, M. M., Lancel, M., Beijer, E., Remmelzwaal, S., & Rutters, F. (2021). The association of sleep quality and aggression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sleep medicine reviews*, 59, 101500.
173. Krizan, Z., & Herlache, A. D. (2016). Sleep disruption and aggression: Implications for violence and its prevention. *Psychology of Violence*, 6(4), 542.
174. Kamphuis, J., & Lancel, M. (2015). The interrelations between sleep, anger, and loss of aggression control. In *Sleep and affect* (pp. 247-271). Academic Press.
175. Özenoğlu, A., & Ünal, G. (2015). Açlık ve şiddet. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(2), 115-122.
176. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
177. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511537>
178. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565356>
179. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>
180. Detels R. (2022). *Oxford Textbook of Global Public Health, Interpersonal violence*.
181. https://www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/research-publications/2018/20180517_criminal-history.pdf
182. Evcim, H. (2012). Sosyolojik açıdan Afyonkarahisar ilinde suç ve suçluluk: Yaralama ve cinayet suçları (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

8.EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sevgili katılımcı,

Bu araştırma toplumumuzda şiddet eğilimi olan bireylerin psikopatolojik özelliklerini saptamak ve şiddeti önleyici çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Anketimiz sosyodemografik verilerin dışında 3 bölümden oluşmaktadır: 90 soruluk Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği, 20 soruluk Şiddet Eğilimi Ölçeği, 16 soruluk Agresyon Ölçeği. Yaklaşık 20 dakikada yanıtlayabilirsiniz.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür eder, sosyal medya hesaplarındaki bireyler ve gruplarla paylaşmanızı rica ederiz.

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Yaş :

Cinsiyet : Kadın Erkek

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış Eşi Ölmüş

Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

Evet ise kaç tane?

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet
(Belirtiniz:.....) Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet
(Belirtiniz:.....) Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz:
.....) Hayır

Çocukluğunuzda aile içinde hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? Evet Hayır
 Hatırlamıyorum

Çocukluğunuzda ailenizde hiç fiziksel şiddete tanık oldunuz mu? Evet Hayır
 Hatırlamıyorum

Çocukluğunuzda çevrenizde hiç fiziksel şiddete tanık oldunuz mu? Evet Hayır
 Hatırlamıyorum

Aile içinde kimin kararları uygulanır? Anne Baba Diğer aile büyükleri Ortak karar

Anninizin bir mesleği var mı? Var Yok

Siz çocukken anneniz ücretli bir işte çalışır mıydı? Evet Hayır

EK 3. SCL 90-R ÖLÇEĞİ

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

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

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

EK 4. ŞİDDET EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ

ŞİDDET EĞİLİM ÖLÇEĞİ

| | Şiddet Eğilim Ölçeği | Hiç Uygun Değil | Biraz Uygun | Uygun | Çok Uygun |
|-----|---|------------------------|--------------------|--------------|------------------|
| 1. | Hoşuma gitmeyen bir olay karşısında hemen sinirlenirim. | | | | |
| 2. | Doğru olduğuna inandığım konularda eleştirilmek beni sinirlendirir. | | | | |
| 3. | Rahatsız olduğum durumlar karşısında sinirlendiğimde kendimi kontrol edemiyorum. | | | | |
| 4. | Duygusal ya da fiziksel rahatsız edildiğimde fiziksel olarak karşılık verme isteği duyarım. | | | | |
| 5. | Sinirli olduğumda bir şeyler kırma isteği duyarım. | | | | |
| 6. | Arkadaşlarım, annem, babam, vb. insanlarla çok sık tartışmaya girerim. | | | | |
| 7. | Hak etmiş olanlara layık oldukları ceza verilmelidir. | | | | |
| 8. | Eğer beğenmediğim bir şey olursa en yakınım ile bile tartışırım. | | | | |
| 9. | Bence hayvanların av maksadıyla vurulmasında bir sakınca yoktur. | | | | |
| 10. | Diğerlerinin saldırılarına karşı güçlü bir arkadaş grubu mutlaka olmalıdır. | | | | |
| 11. | Eğer saldırıya uğramışsam aradan geçen zamana bakmaksızın aynı şekilde karşılık veririm. | | | | |
| 12. | İnsan çevreden gelecek tehditlere daima hazır olmalıdır. | | | | |
| 13. | Bu dünya da en önemli şey diğerlerinden güçlü olmaktır. | | | | |
| 14. | Sık sık kavga ederim. | | | | |
| 15. | Bazı insanlara karşı zor kullanılabileceğini inanırım. | | | | |
| 16. | Bazı hallerde insanlara karşı zor kullanılabileceğine inanırım. | | | | |
| 17. | Kavgaları seyretmek hoşuma gider. | | | | |
| 18. | İnsanların benden korkması hoşuma gider. | | | | |
| 19. | Bazen başkanlarına zarar verme isteği duyarım. | | | | |
| 20. | Sokakta başıboş dolaşan hayvanlar ortadan kaldırılmalıdır. | | | | |

EK 5. AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

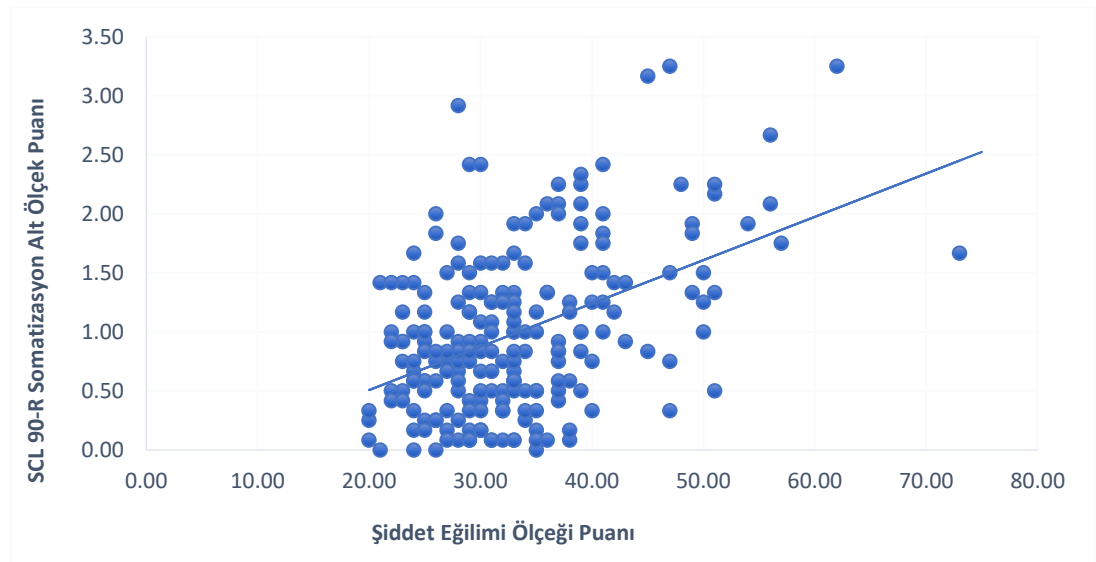
EK 5 - AÇIK SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ

| DAVRANIŞ | 0 Hiç Yok | 1-2 Bazen | 3-4 Sıklıkla | 5-10 Çoğun lukla | >10 Her zaman |
|--|-----------------|--------------|-----------------|------------------------|---------------------|
| SÖZEL AGRESYON | | | | | |
| 1-Gürültü yapmak, kızınca bağırarak | | | | | |
| 2-Öfke ile bağırarak, hafif kişisel hareket | | | | | |
| 3- Ağır küfür, çok kötü kelimeler kullanma, kendisi veya diğerlerine yönelik orta şiddette tehditte bulunma | | | | | |
| 4- Kendisi veya diğer kişilere yönelik açık şiddet içerikli tehditte bulunma veya kontrol için yardım isteme | | | | | |
| NESNELERE YÖNELİK FİZİKSEL AGRESYON | | | | | |
| 5-Kapıları çarpma, ortalığı karıştırma, giysileri dağıtma | | | | | |
| 6- Cisimleri fırlatma, kımadan mobilyaları tekmeleme, duvarda iz yapma | | | | | |
| 7-Nesneleri parçalama, camları kırma | | | | | |
| 8- Yangın çıkarma, nesnelere fırlatma, kendine yönelik tehlikeli fiziksel saldırganlık | | | | | |
| KENDİNE YÖNELİK FİZİKSEL AGRESYON | | | | | |
| 9- Deriyi yarmak veya çizmek, beden veya kollara vurmak, kendini çimdiklemek, saçını çekmek | | | | | |
| 10-Kafayı vurmak, nesnelere yumruk, kendini cisimlerin üzerine veya yere fırlatmak | | | | | |
| 11-Küçük kesi, çürük veya yanıklar | | | | | |
| 12-Kendini kesme, derin kesiler yapma, kanayan ısırtıklar, dahili yaralanma, kırık, şuur kaybı, dişlerin kırılması | | | | | |
| BAŞKALARINA YÖNELİK FİZİKSEL SALDIRGANLIK | | | | | |
| 13-Tehditkar hareketlerde bulunma, insanların üzerine yürüme, elbiselerinden tutma | | | | | |
| 14- Vurma, tekmeleme, itme, saçlarından çekme | | | | | |
| 15- Ciddi fiziksel yaralanmaya sebep olacak şekilde diğer kişilere saldırmak (çürük, incinme, darbe izi) | | | | | |
| 16-Ciddi fiziksel yaralanmaya sebep olacak şekilde diğer kişilere saldırmak (kırılmış kemikler, derin yaralar) | | | | | |

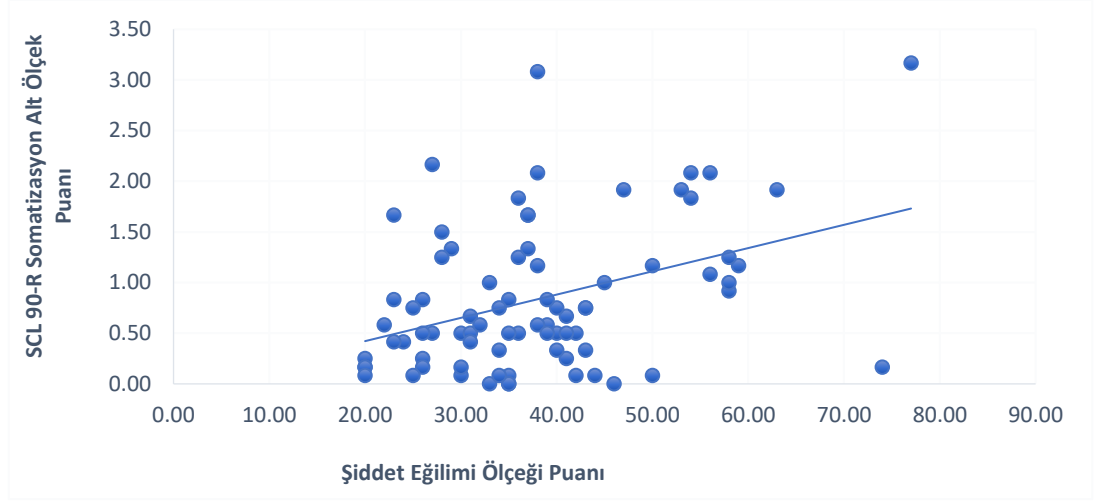
EK 6. Cinsiyete Göre SCL 90-R Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) ve Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) Toplam ve Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyonlar

EK-Tablo 1. Cinsiyete Göre SCL 90-R Somatizasyon Alt Ölçek Puanları ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam ve Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki

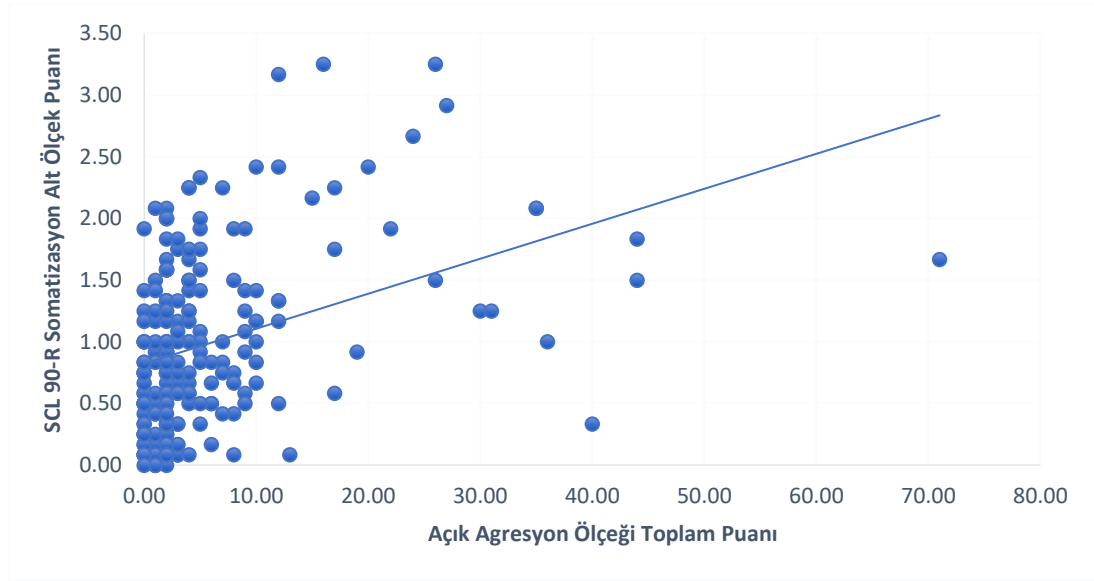
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Somatizasyon | Kadın | 213 | r=0,454 p=<,001 | r=0,394 p=<,001 | r=0,339 p=<,001 | r=0,333 p=<,001 | r=0,305 p=<,001 | r=0,157 p=0,022 |
| | Erkek | 79 | r=0,391 p=<,001 | r=0,345 p= 0,002 | r=0,357 p= 0,001 | r=0,185 p= 0,103 | r=0,206 p= 0,068 | r=0,264 p= 0,018 |



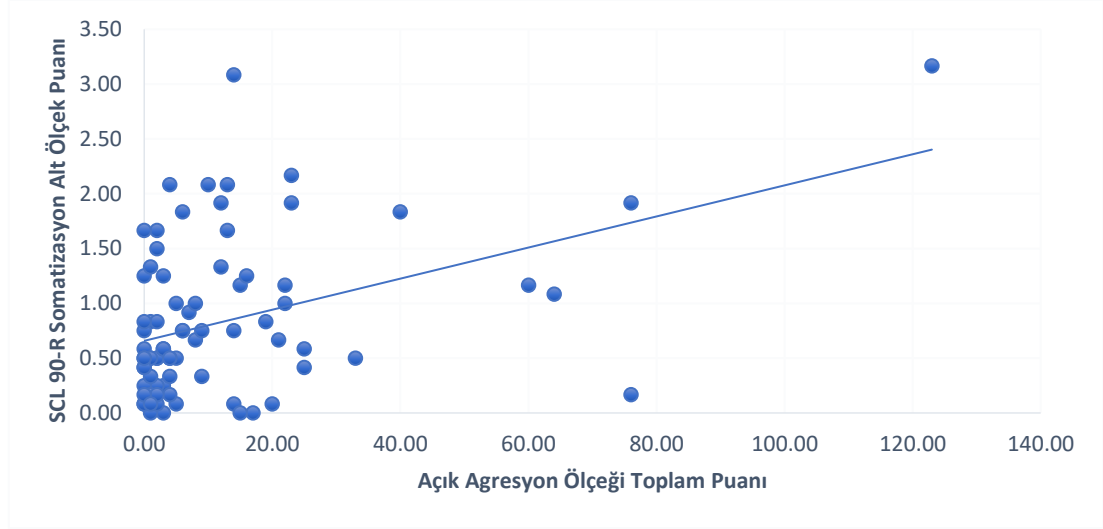
EK-Şekil 1. Kadınlarda SCL 90-R Somatizasyon Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Somatizasyon ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=0,454) ve anlamlı (p=<,001) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 2. Erkeklerde SCL 90-R Somatizasyon Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Somatizasyon ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,391$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



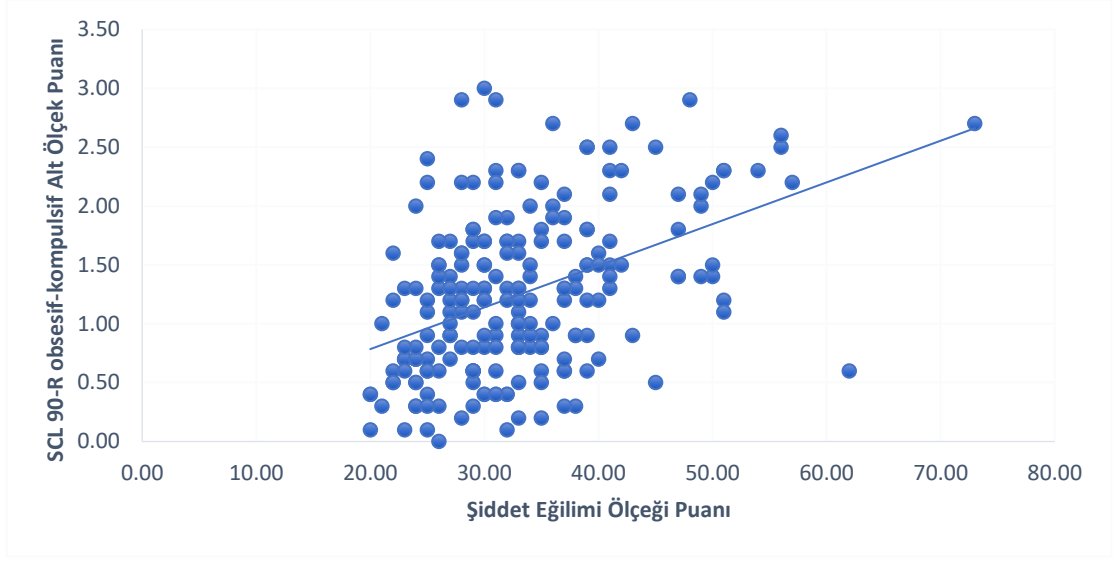
EK-Şekil 3. Kadınlarda SCL 90-R Somatizasyon Alt Ölçek Puanı ile AAÖ Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Somatizasyon ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,394$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



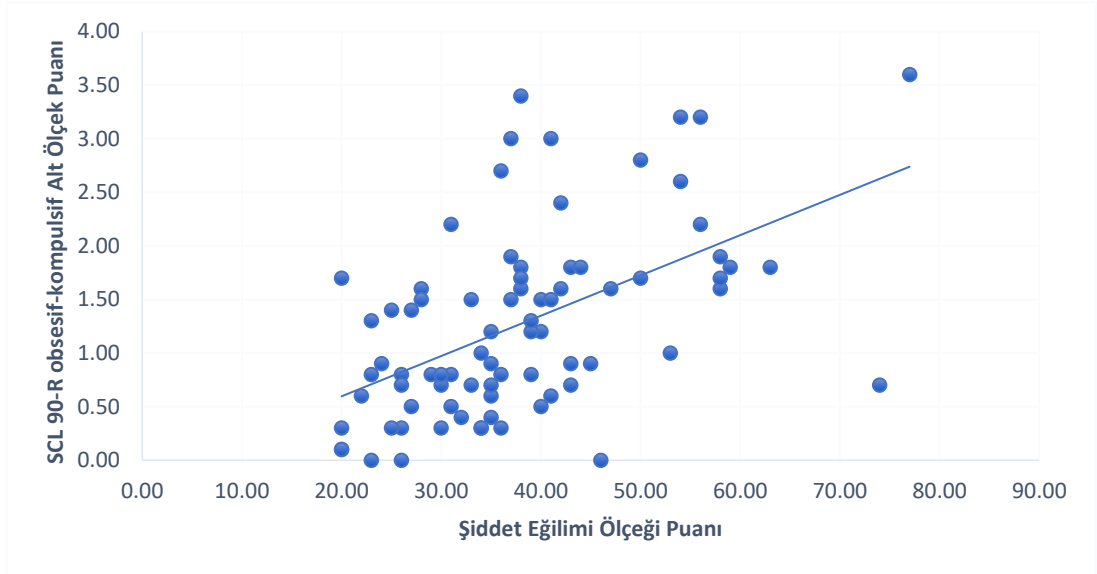
EK-Şekil 4. Erkeklerde SCL 90-R Somatizasyon Alt Ölçek Puanı ile AAÖ Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Somatizasyon ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,345$) ve anlamlı ($p=0,002$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 2. Cinsiyete Göre SCL 90-R Obsesif-Kompulsif Alt Ölçek Puanları ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam ve Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki İlişki

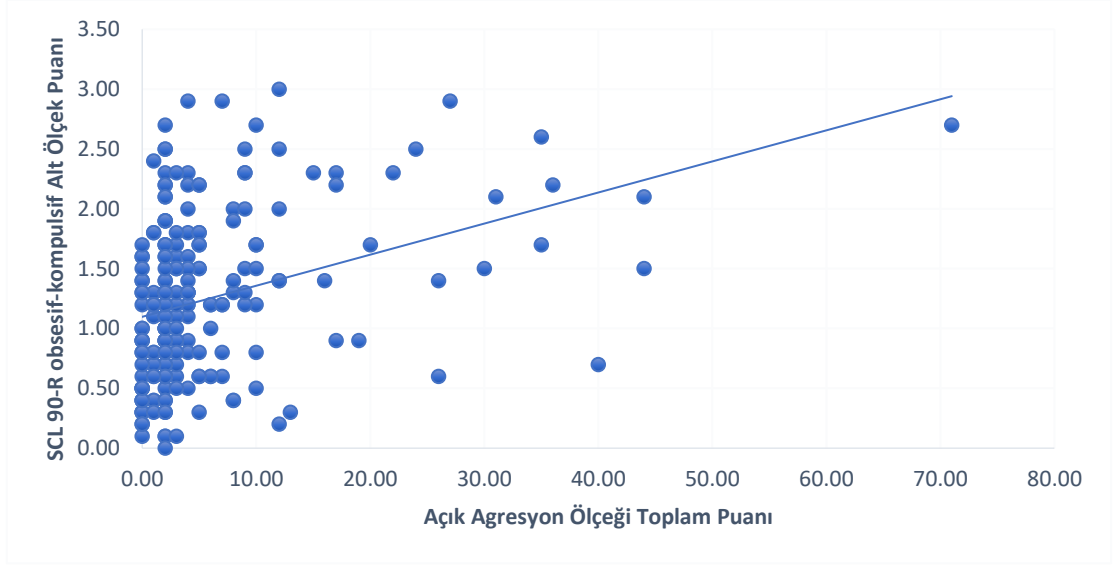
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Obsesif-Kompulsif | Kadın | 213 | $r=0,443$ $p= <,001$ | $r=0,388$ $p= <,001$ | $r=0,289$ $p= <,001$ | $r=0,287$ $p= <,001$ | $r=0,306$ $p= <,001$ | $r=0,180$ $p=0,008$ |
| | Erkek | 79 | $r=0,524$ $p= <,001$ | $r=0,510$ $p= <,001$ | $r=0,500$ $p= <,001$ | $r=0,433$ $p= <,001$ | $r=0,308$ $p= 0,006$ | $r=0,258$ $p=0,022$ |



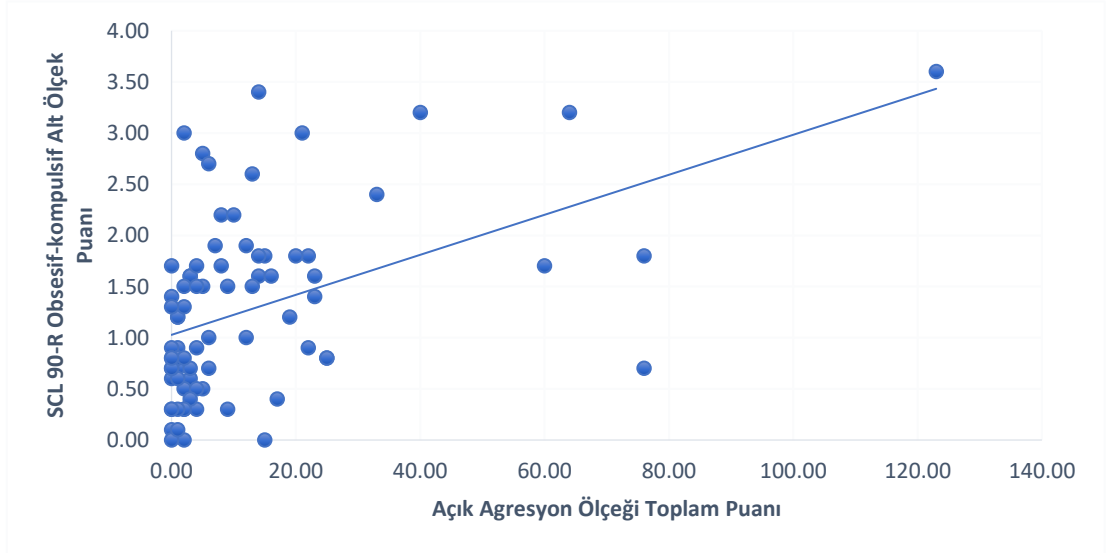
EK-Şekil 5. Kadınlarda SCL 90-R Obsesif-Kompulsif Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Obsesif-Kompulsif puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,443$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 6. Erkeklerde SCL 90-R Obsesif-Kompulsif Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Obsesif-Kompulsif puanlar ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,524$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



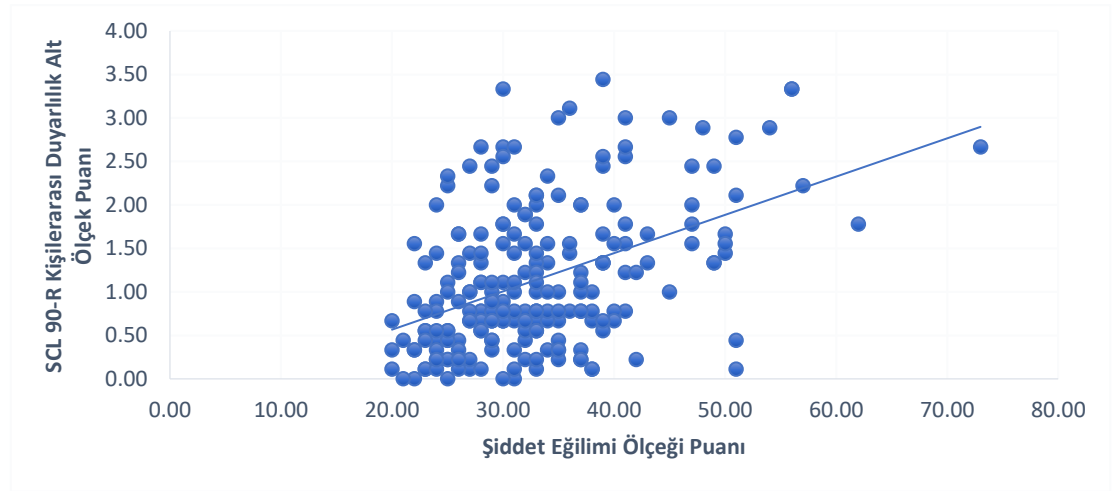
EK-Şekil 7. Kadınlarda SCL 90-R Obsesif-Kompulsif Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Obsesif-Kompulsif puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,388$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



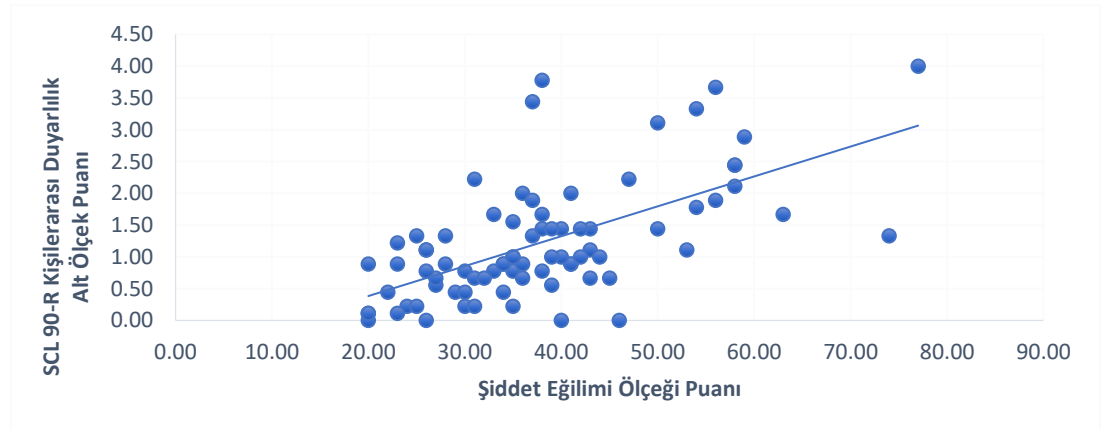
EK-Şekil 8. Erkeklerde SCL 90-R Obsesif-Kompulsif Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Obsesif-Kompulsif puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,510$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 3. Cinsiyete Göre SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|-------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Kişilerarası Duyarlılık | Kadın | 213 | r=0,454 p=<,001 | r=0,415 p=<,001 | r=0,353 p=<,001 | r=0,237 p=<,001 | r=0,363 p=<,001 | r=0,306 p=0,002 |
| | Erkek | 79 | r=0,616 p=<,001 | r=0,462 p=<,001 | r=0,453 p=<,001 | r=0,315 p= 0,005 | r=0,272 p= 0,015 | r=0,227 p=0,044 |

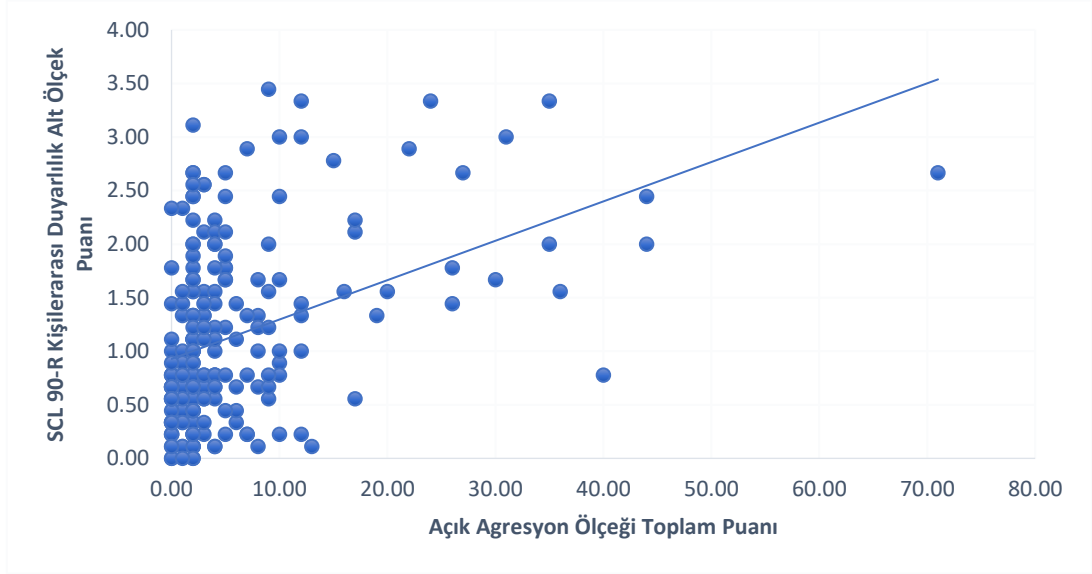


EK-Şekil 9. Kadınlarda SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon Kadınlarda Kişilerarası Duyarlılık puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,454$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

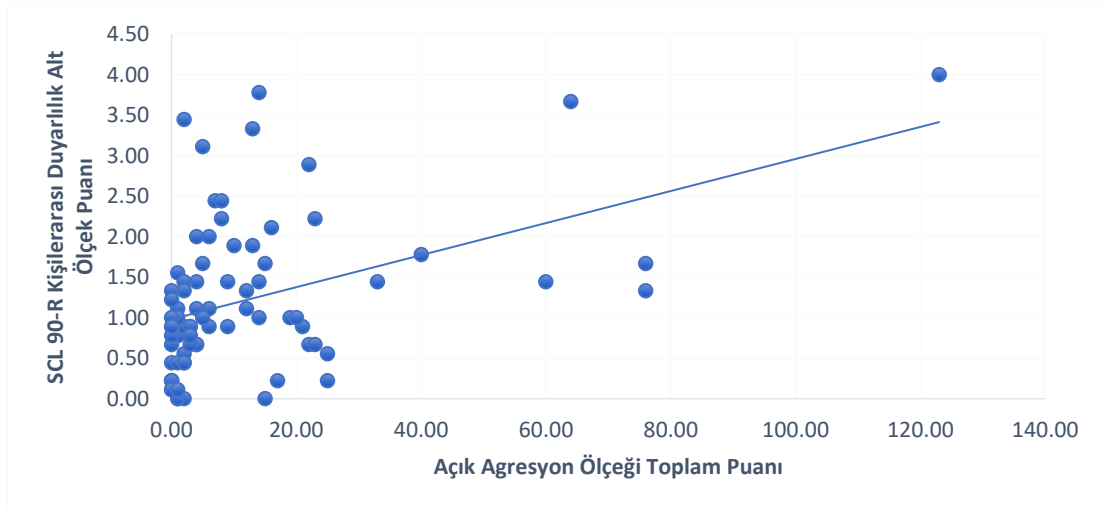


EK-Şekil 10. Erkeklerde SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile

Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Kişilerarası Duyarlılık puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r=616$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 11. Kadınlarda SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Kişilerarası Duyarlılık puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=415$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

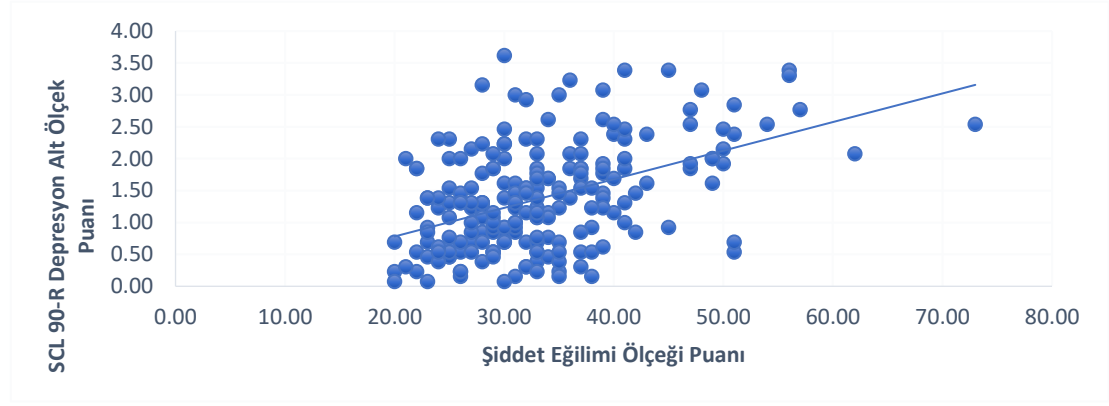


EK-Şekil 12. Erkeklerde SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Kişilerarası Duyarlılık puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=462$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

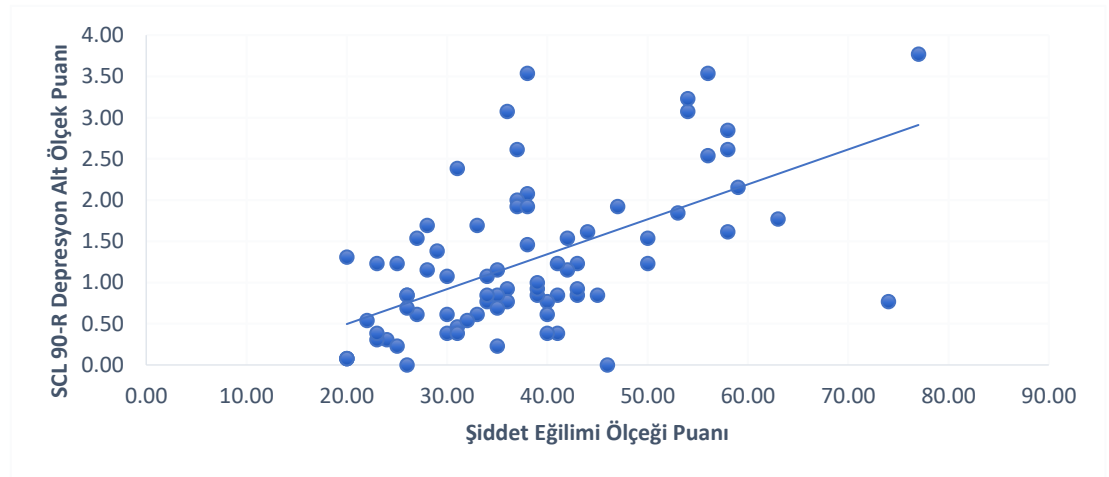
Tablo 4. Cinsiyete Göre SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve

AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

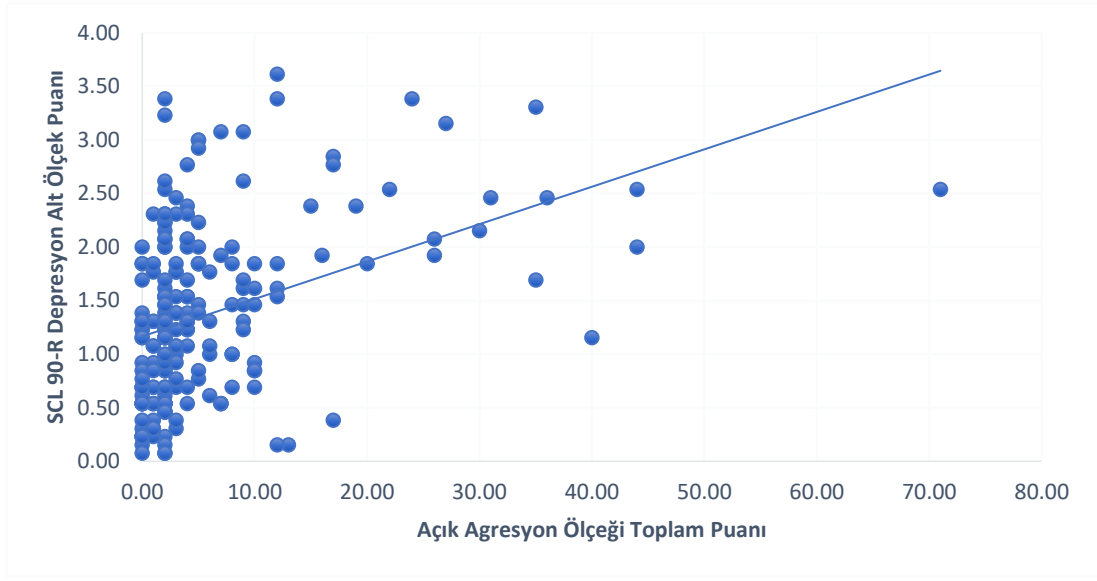
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Depresyon | Kadın | 213 | r=0,473 p= <,001 | r=0,448 p= <,001 | r=0,356 p= <,001 | r=0,337 p= <,001 | r=0,345 p= <,001 | r=0,215 p=0,002 |
| | Erkek | 79 | r=0,571 p= <,001 | r=0,478 p= <,001 | r=0,484 p= <,001 | r=0,355 p= 0,001 | r=0,234 p= 0,038 | r=0,229 p=0,043 |



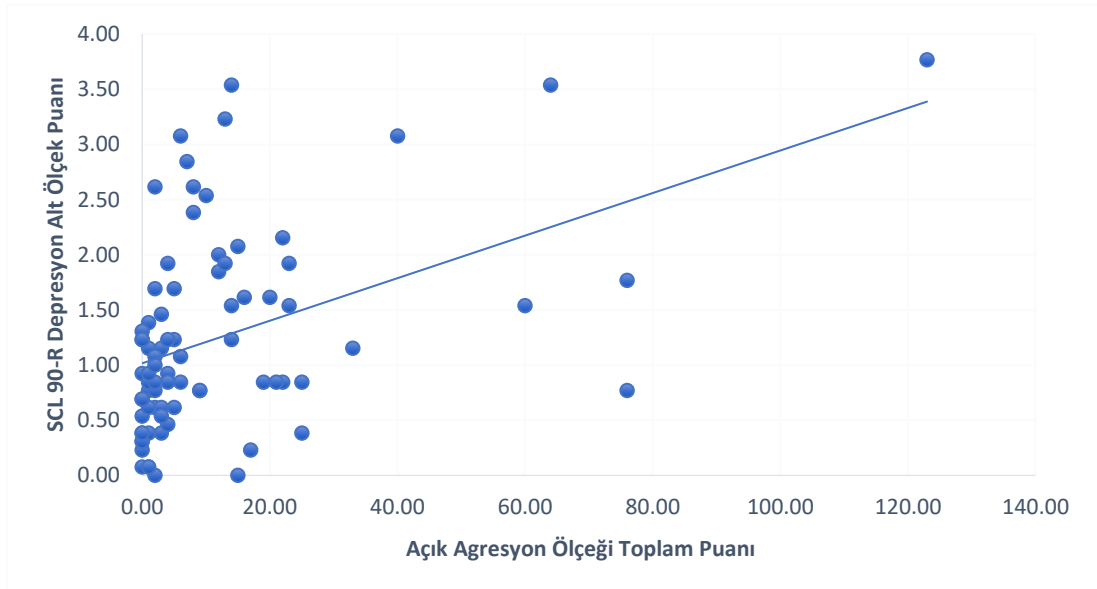
EK-Şekil 13. Kadınlarda SCL 90-R Depresyon Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Depresyon puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,473$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 14. Erkeklerde SCL 90-R Depresyon Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Depresyon puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,571$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



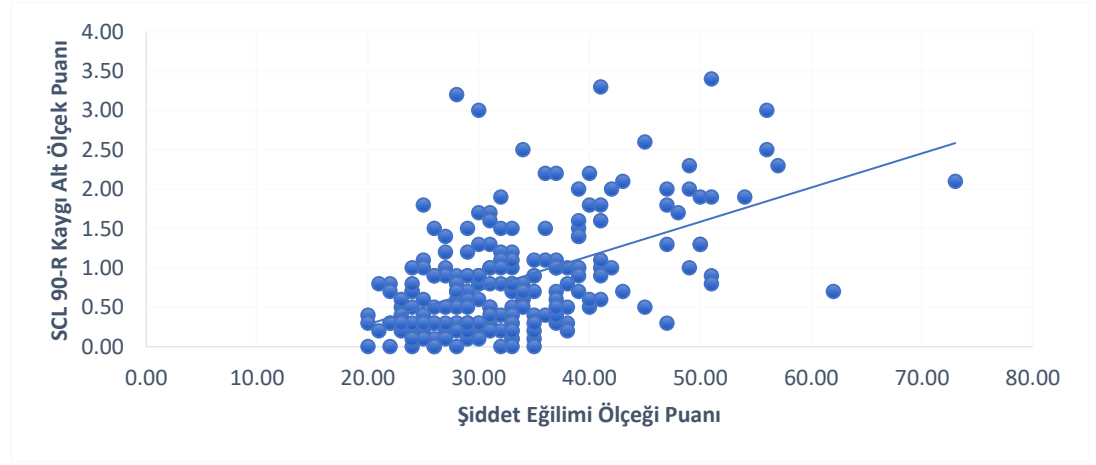
EK-Şekil 15. Kadınlarda SCL 90-R Depresyon Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Depresyon puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.448$) ve anlamlı ($p<0.001$) bir ilişki saptanmıştır.



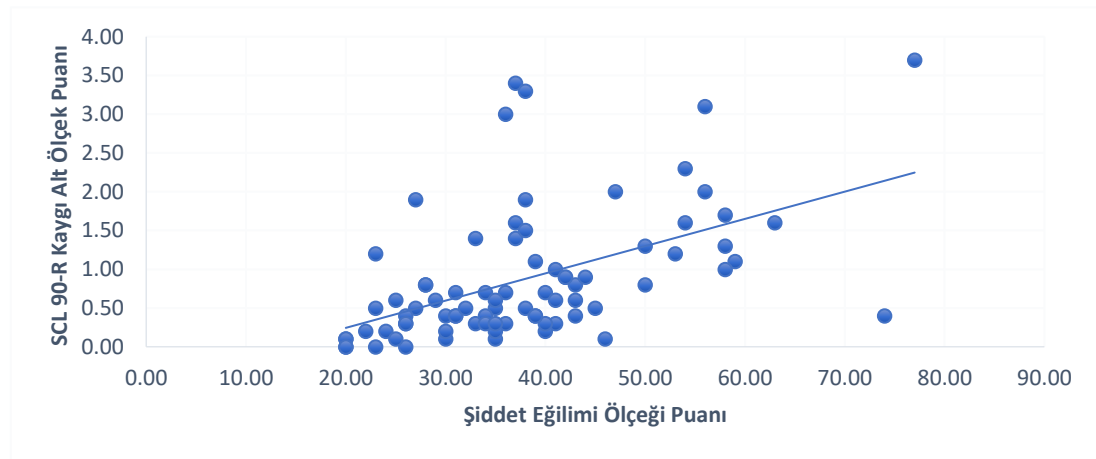
EK-Şekil 16. Erkeklerde SCL 90-R Depresyon Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Depresyon puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.478$) ve anlamlı ($p<0.001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 5. Cinsiyete Göre SCL 90-R Kaygı Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

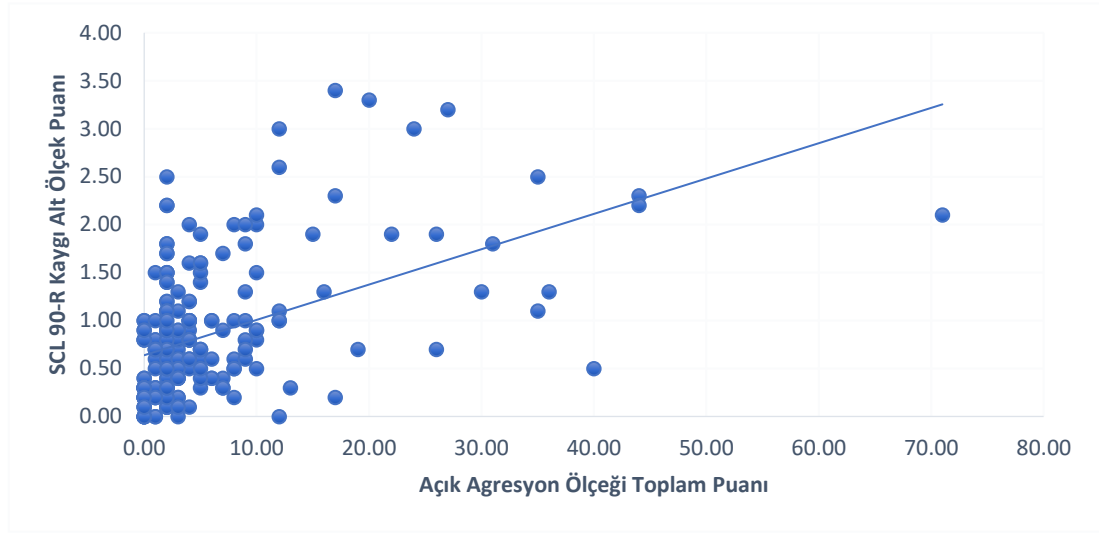
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Kaygı | Kadın | 213 | r=0,531 p= <,001 | r=0,488 p= <,001 | r=0,391 p= <,001 | r=0,380 p= <,001 | r=0,360 p= <,001 | r=0,220 p=0,001 |
| | Erkek | 79 | r=0,508 p= <,001 | r=0,547 p= <,001 | r=0,564 p= <,001 | r=0,414 p= <,001 | r=0,286 p= 0,011 | r=0,295 p=0,008 |



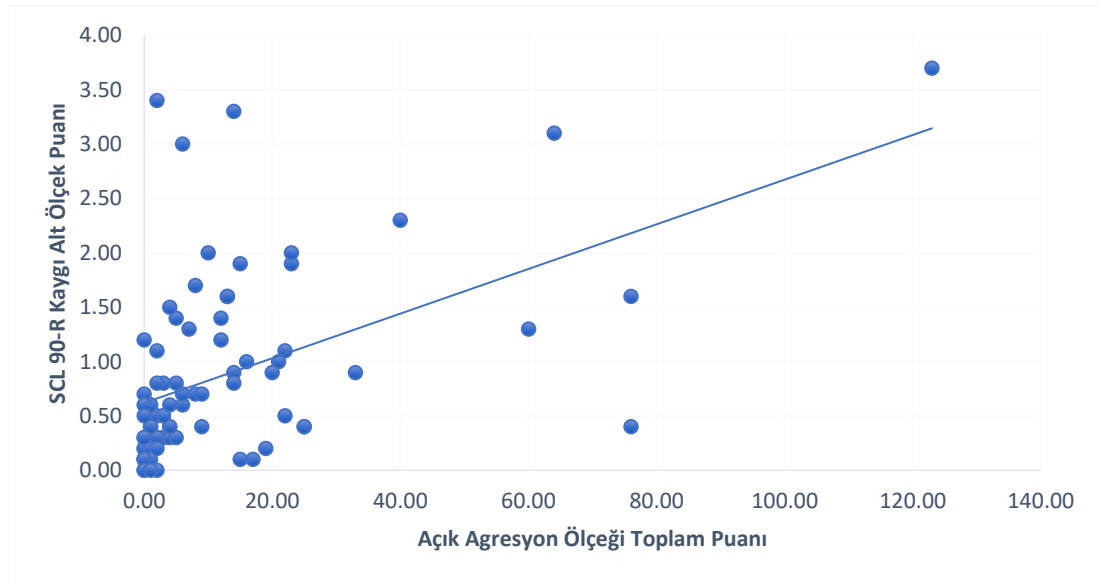
EK-Şekil 17. Kadınlarda SCL 90-R Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Kaygı puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,531$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 18. Erkeklerde SCL 90-R Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Kaygı puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,508$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



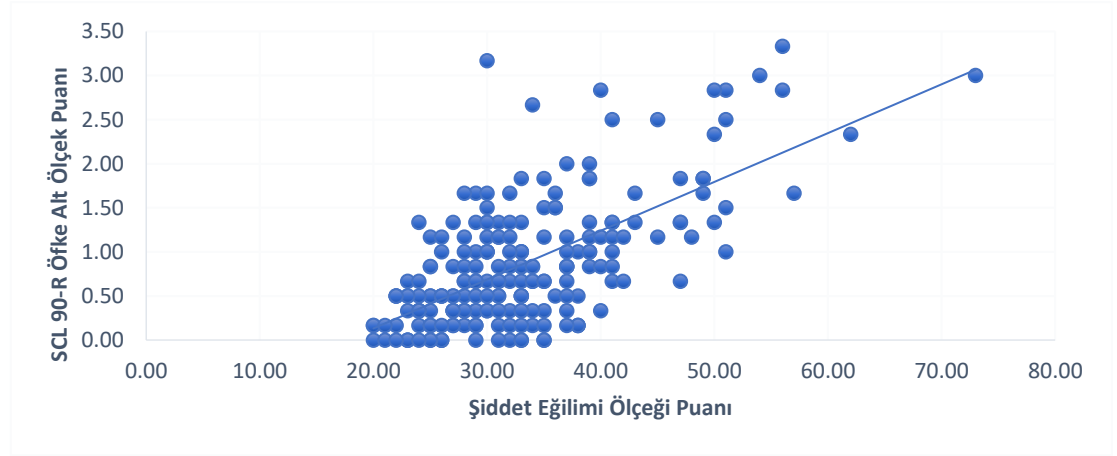
EK-Şekil 19. Kadınlarda SCL 90-R Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Kaygı puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=488$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



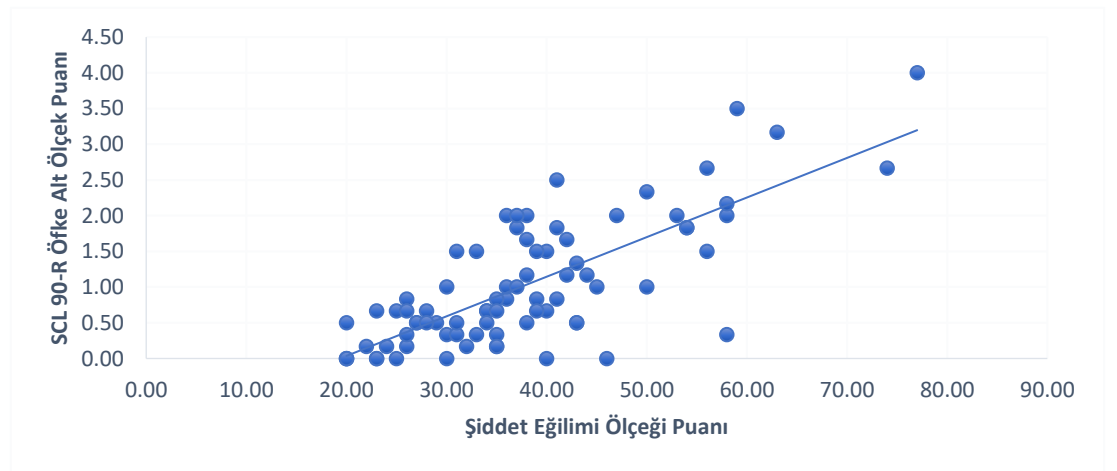
EK-Şekil 20. Erkeklerde SCL 90-R Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Kaygı puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=547$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 6. Cinsiyete Göre SCL 90-R Öfke Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

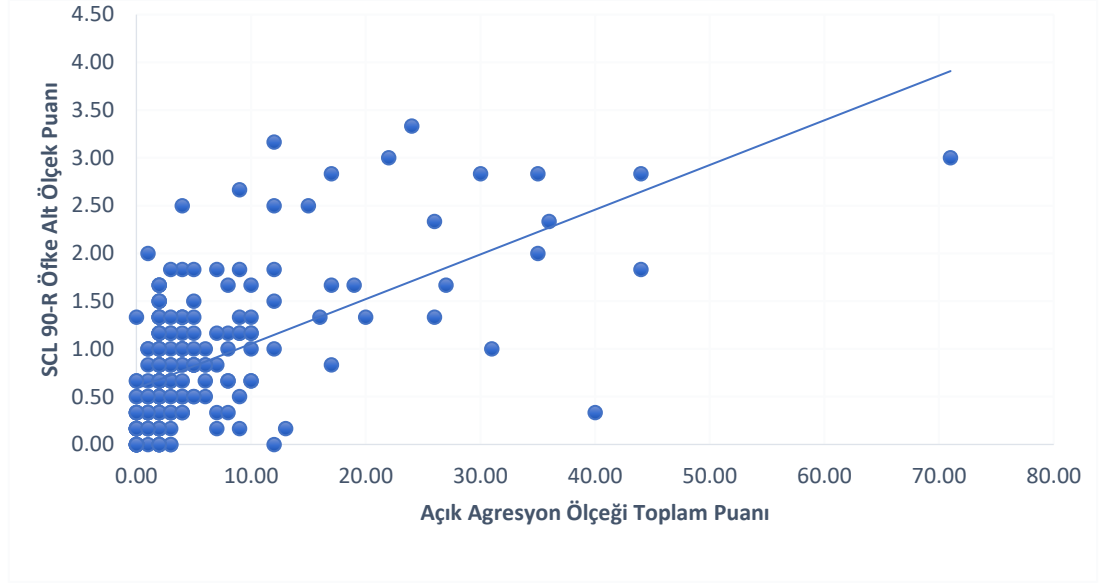
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Öfke | Kadın | 213 | r=0,658 p=<,001 | r=0,594 p=<,001 | r=0,492 p=<,001 | r=0,428 p=<,001 | r=0,397 p=<,001 | r=0,286 p=<,001 |
| | Erkek | 79 | r=0,760 p=<,001 | r=0,644 p=<,001 | r=0,585 p=<,001 | r=0,473 p=<,001 | r=0,457 p=<,001 | r=0,414 p=<,001 |



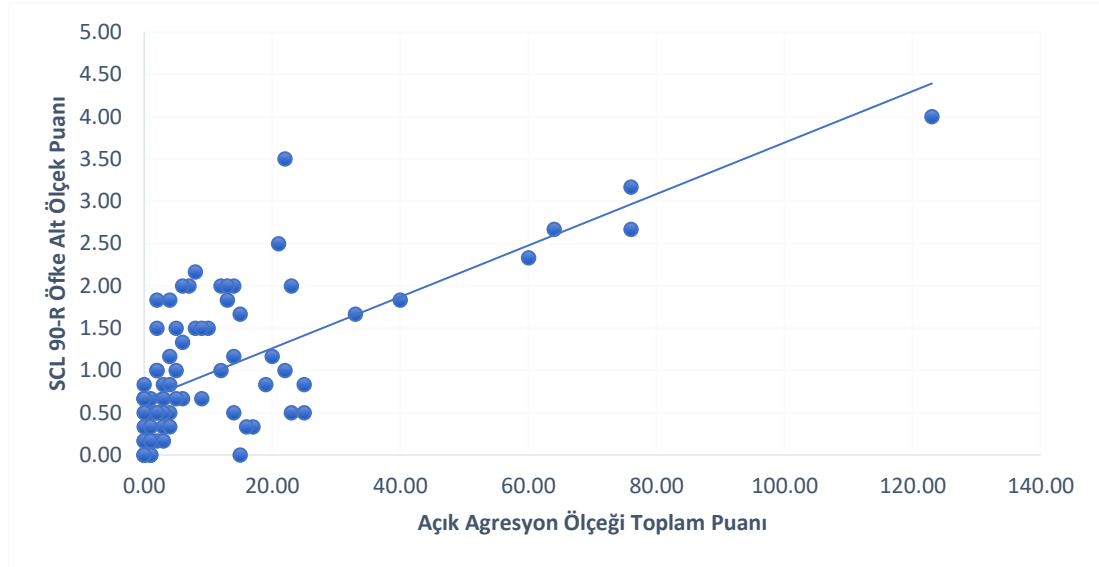
EK-Şekil 21. Kadınlarda SCL 90-R Öfke Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Öfke puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r=0,658$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 22. Erkeklerde SCL 90-R Öfke Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Öfke puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r=0,760$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



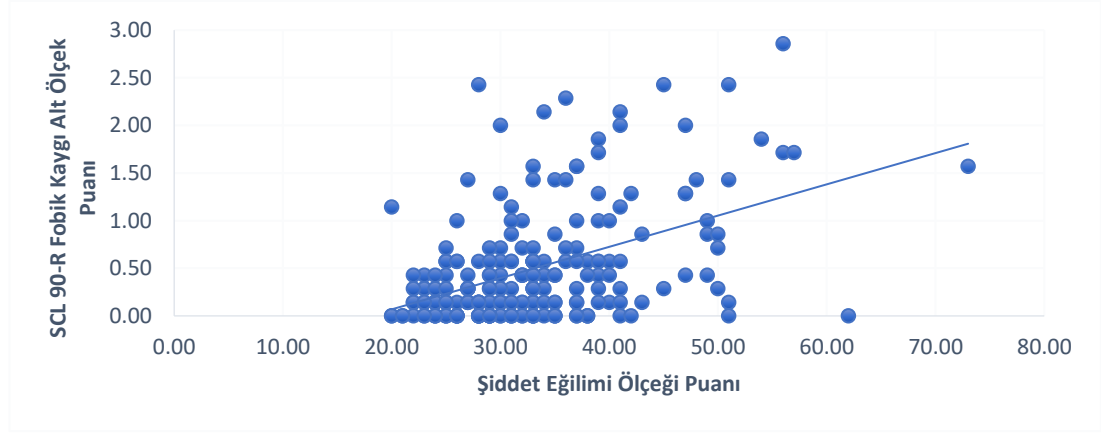
EK-Şekil 23. Kadınlarda SCL 90-R Öfke Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Öfke puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=594$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



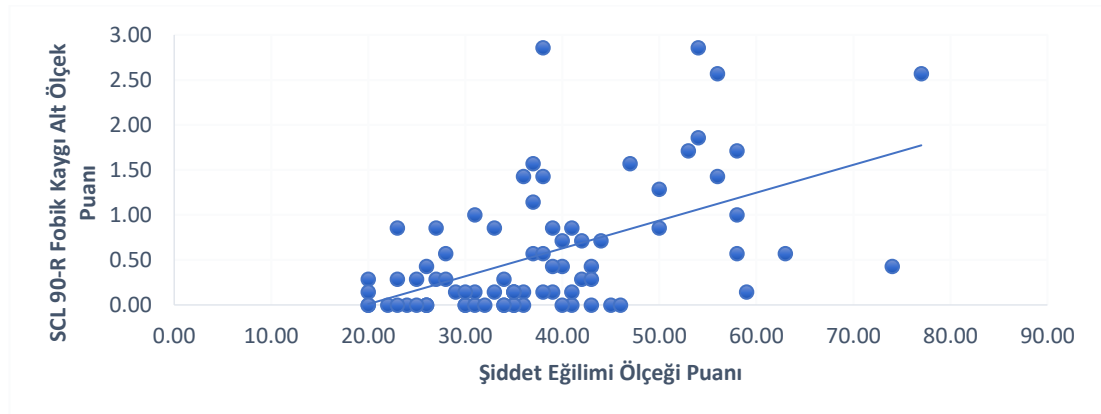
EK-Şekil 24. Erkeklerde SCL 90-R Öfke Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Öfke puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r=644$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 7. Cinsiyete Göre SCL 90-R Fobik Kaygı Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

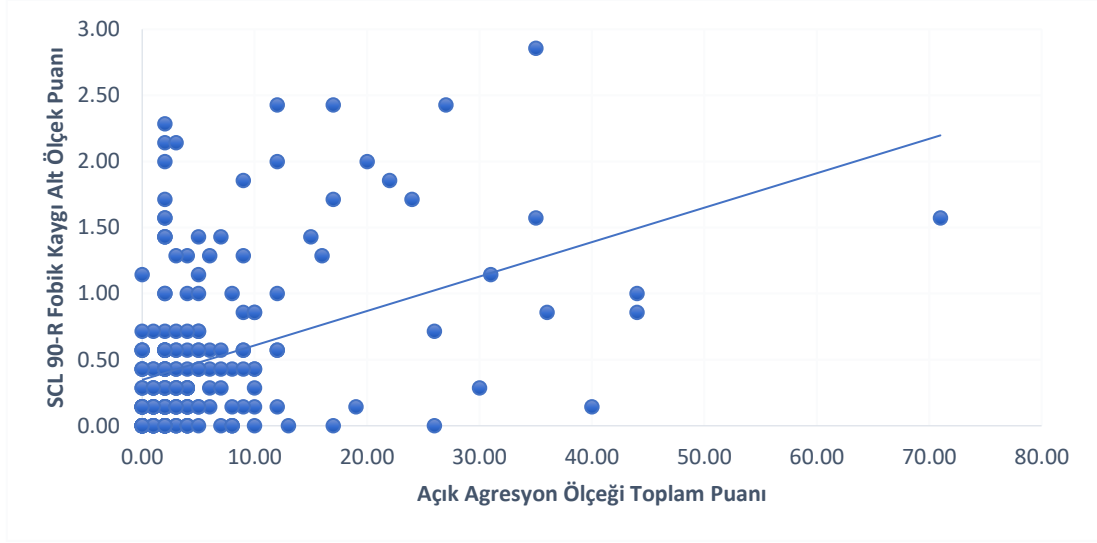
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Fobik Kaygı | Kadın | 213 | r=0,466 p= <,001 | r=0,385 p= <,001 | r=0,346 p= <,001 | r=0,250 p= <,001 | r=0,280 p= <,001 | r=0,187 p=0,006 |
| | Erkek | 79 | r=0,530 p= <,001 | r=0,473 p= <,001 | r=0,486 p= <,001 | r=0,351 p= 0,002 | r=0,323 p= 0,004 | r=0,200 p=0,077 |



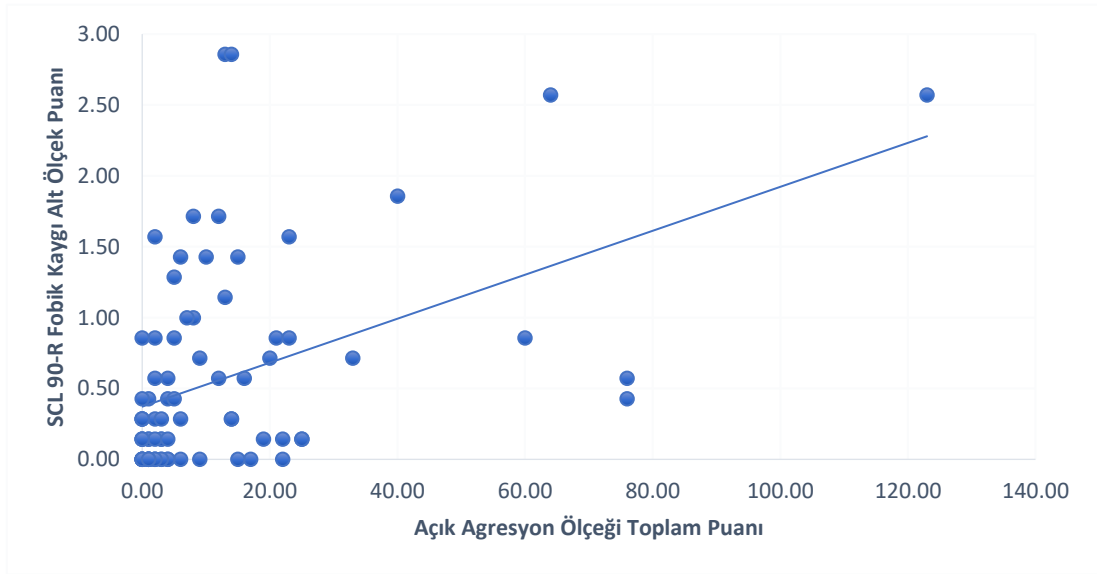
EK-Şekil 25. Kadınlarda SCL 90-R Fobik Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Fobik Kaygı puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=466) ve anlamlı (p=<,001) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 26. Erkeklerde SCL 90-R Fobik Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Fobik Kaygı puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=530) ve anlamlı (p=<,001) bir ilişki saptanmıştır.



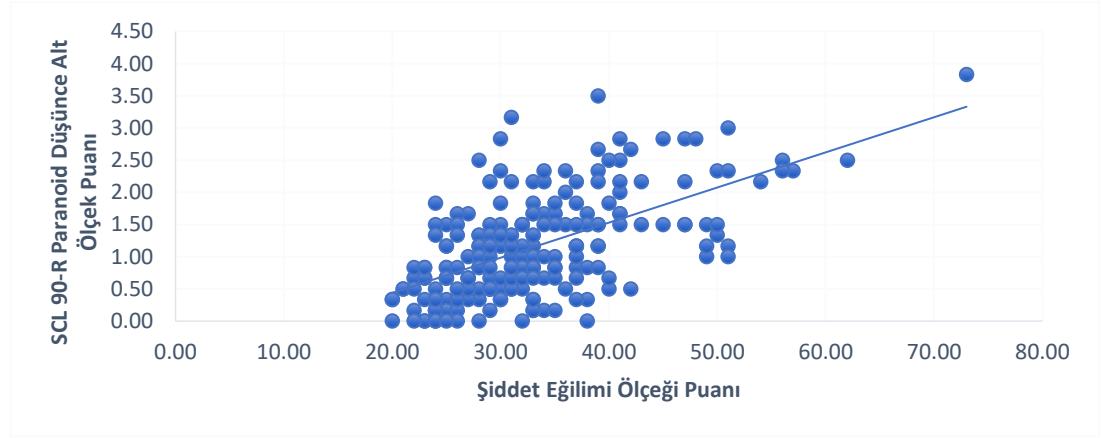
EK-Şekil 27. Kadınlarda SCL 90-R Fobik Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Fobik Kaygı puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0.385$) ve anlamlı ($p<.001$) bir ilişki saptanmıştır.



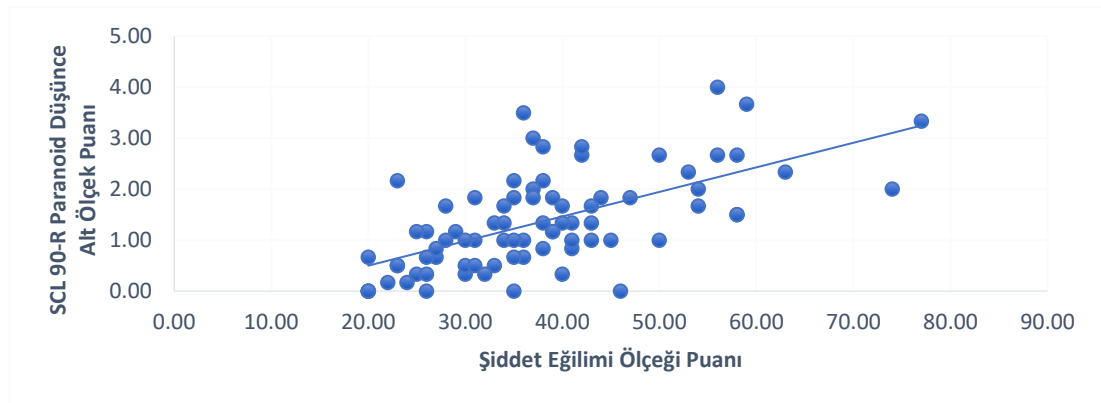
EK-Şekil 28. Erkeklerde SCL 90-R Fobik Kaygı Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Fobik Kaygı puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.47$) ve anlamlı ($p<.001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 8. Cinsiyete Göre SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

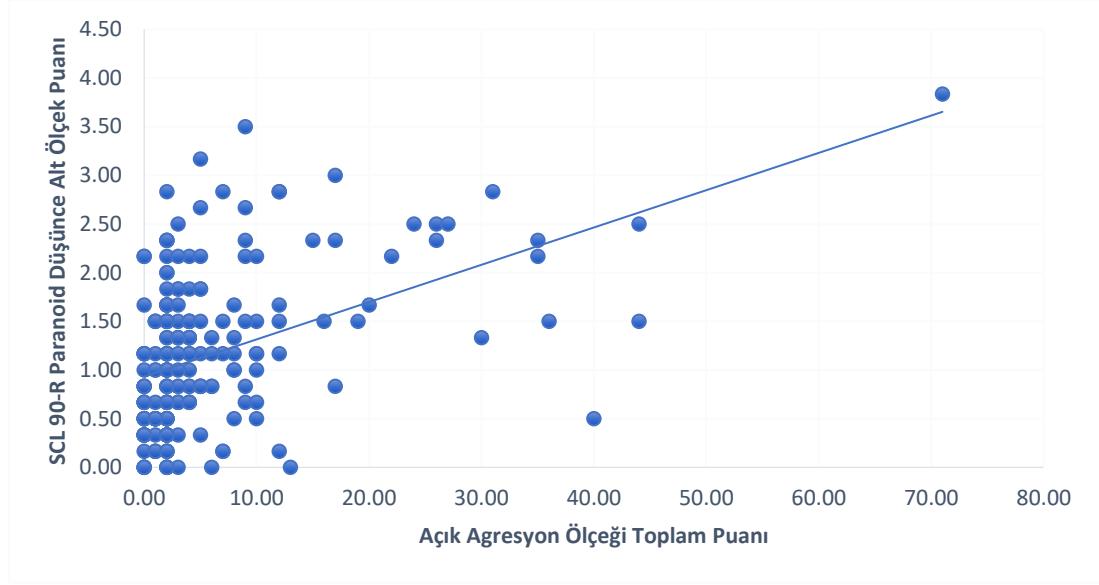
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Paranoid Düşünce | Kadın | 213 | r=0,595 p= <,001 | r=0,448 p= <,001 | r=0,363 p= <,001 | r=0,307 p= <,001 | r=0,391 p= <,001 | r=0,196 p=0,004 |
| | Erkek | 79 | r=0,622 p= <,001 | r=0,515 p= <,001 | r=0,482 p= <,001 | r=0,436 p= <,001 | r=0,279 p= 0,013 | r=0,288 p=0,010 |



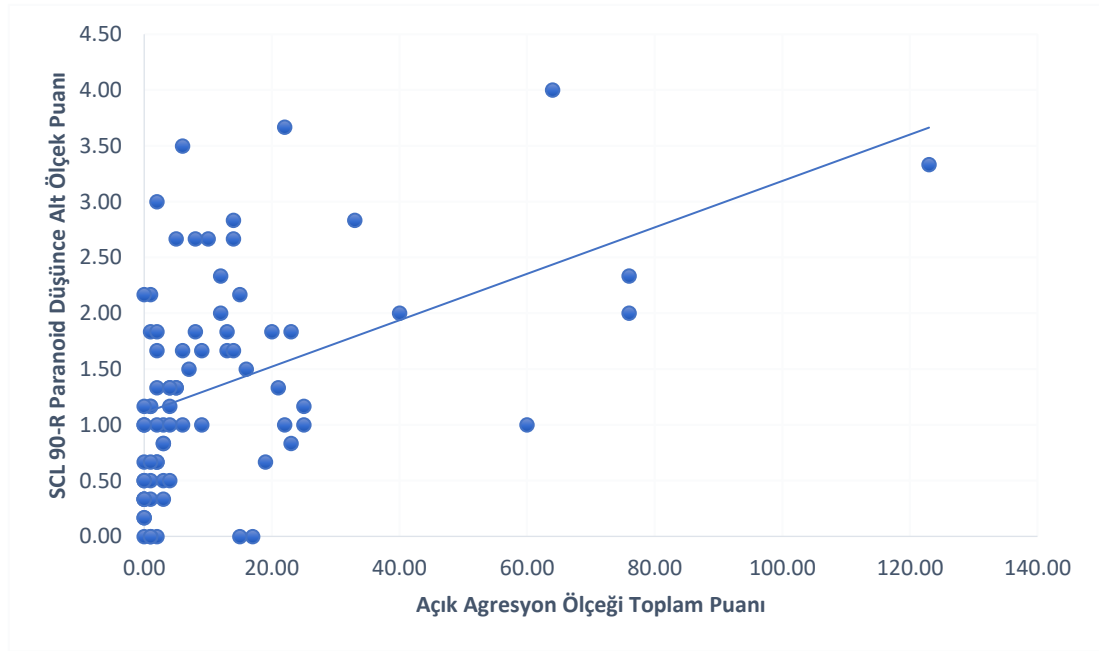
EK-Şekil 29. Kadınlarda SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Paranoid Düşünce puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=595$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 30. Erkeklerde SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Paranoid Düşünce puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r=622$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



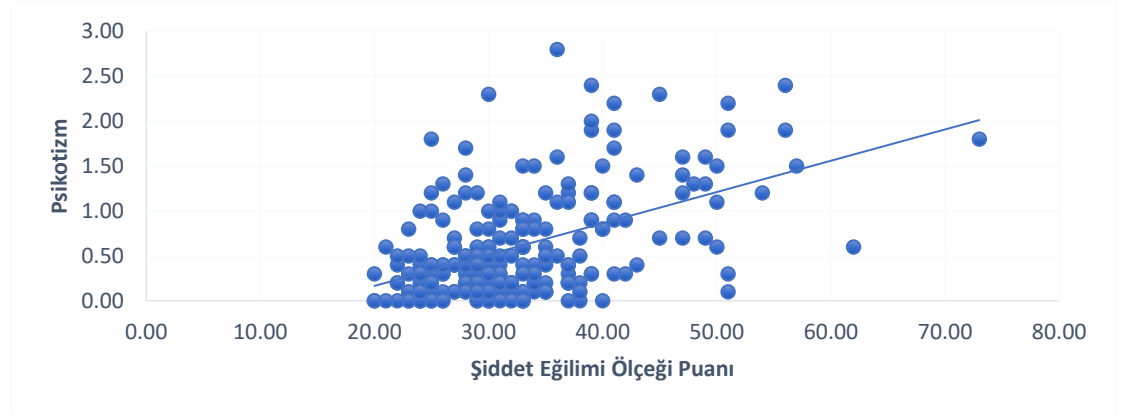
EK-Şekil 31. Kadınlarda SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Paranoid Düşünce puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=448$) ve anlamlı ($p<.,001$) bir ilişki saptanmıştır.



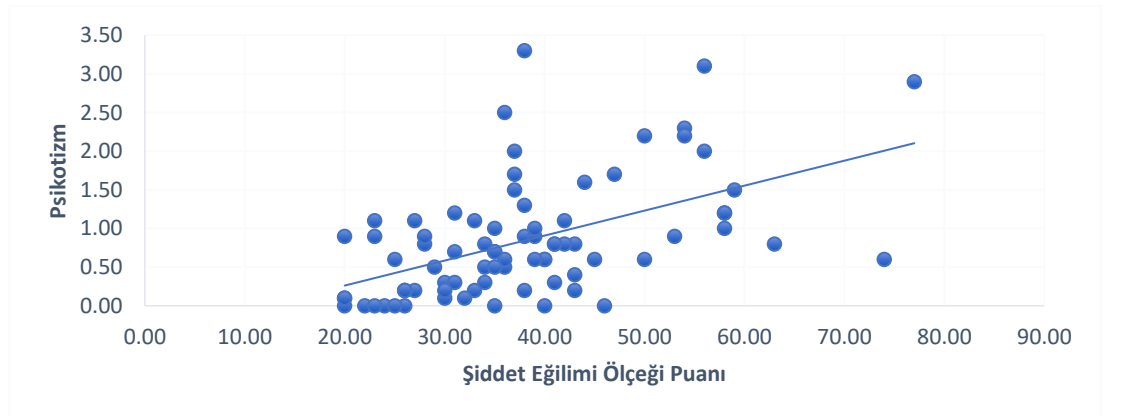
EK-Şekil 32. Erkeklerde SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Paranoid Düşünce puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=515$) ve anlamlı ($p<.,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 9. Cinsiyete Göre SCL 90-R Psikotizm Alt Ölçek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

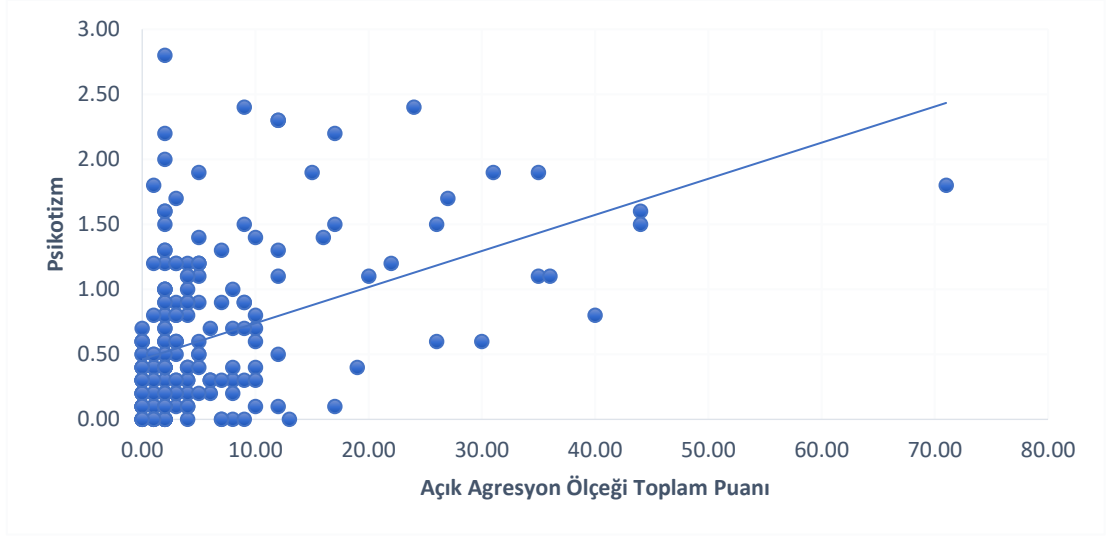
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Psikotizm | Kadın | 213 | r=0,498 p= <,001 | r=0,416 p= <,001 | r=0,331 p= <,001 | r=0,288 p= <,001 | r=0,367 p= <,001 | r=0,221 p=0,001 |
| | Erkek | 79 | r=0,519 p= <,001 | r=0,476 p= <,001 | r=0,479 p= <,001 | r=0,381 p= <,001 | r=0,261 p= 0,020 | r=0,205 p=0,070 |



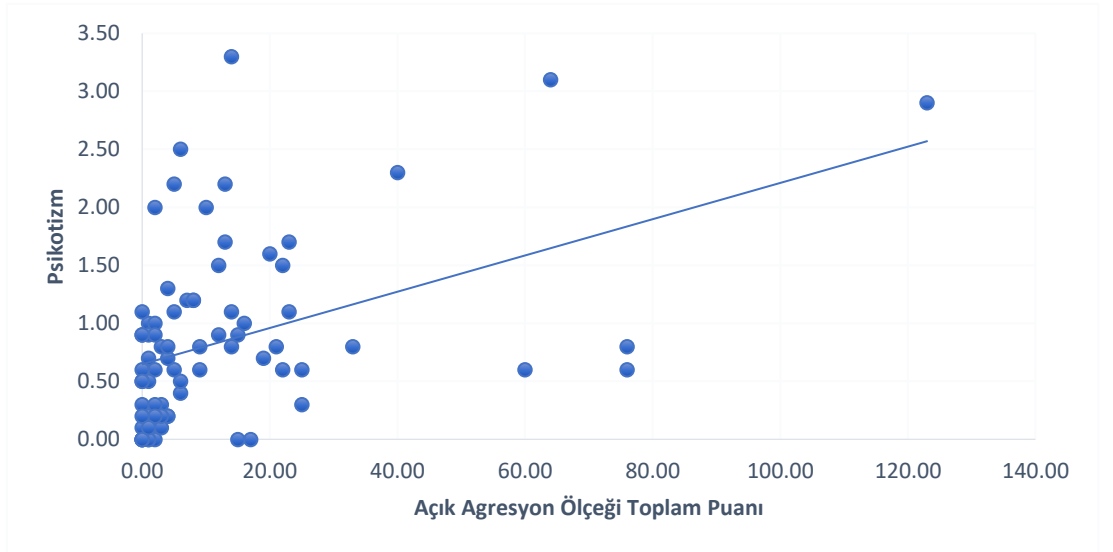
EK-Şekil 33. Kadınlarda SCL 90-R Psikotizm Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Psikotizm puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,498$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 34. Erkeklerde SCL 90-R Psikotizm Alt Ölçek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Psikotizm puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,519$) ve anlamlı ($p<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



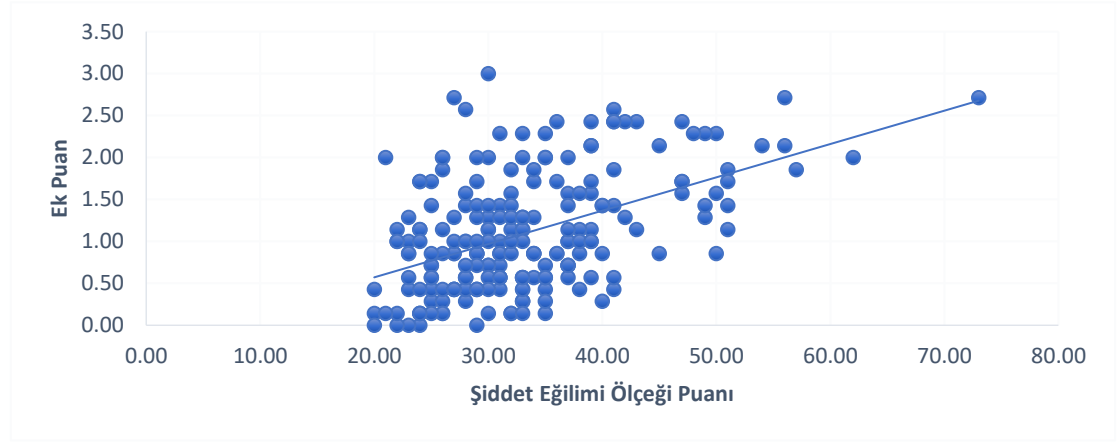
EK-Şekil 35. Kadınlarda SCL 90-R Psikotizm Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Psikotizm puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.416$) ve anlamlı ($p<.001$) bir ilişki saptanmıştır.



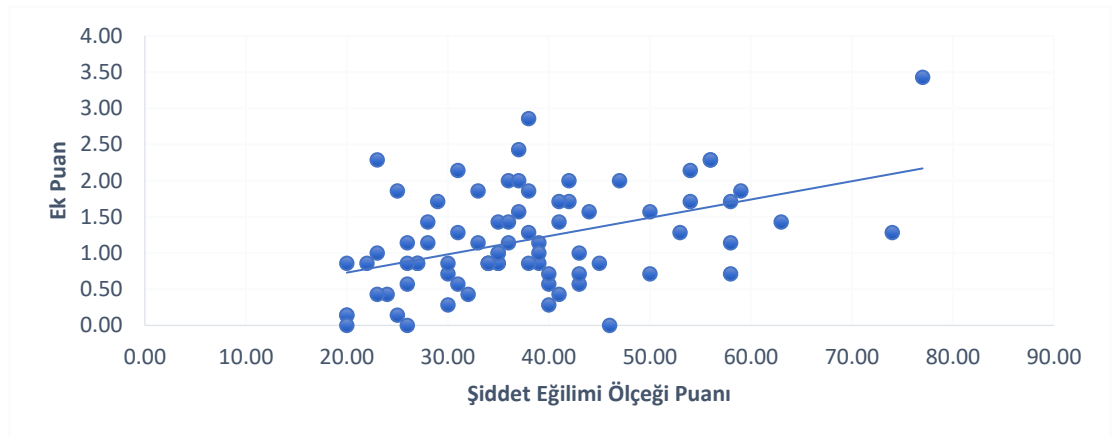
EK-Şekil 36. Erkeklerde SCL 90-R Psikotizm Alt Ölçek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Psikotizm puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.476$) ve anlamlı ($p<.001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 10. Cinsiyete Göre SCL 90-R Ek Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

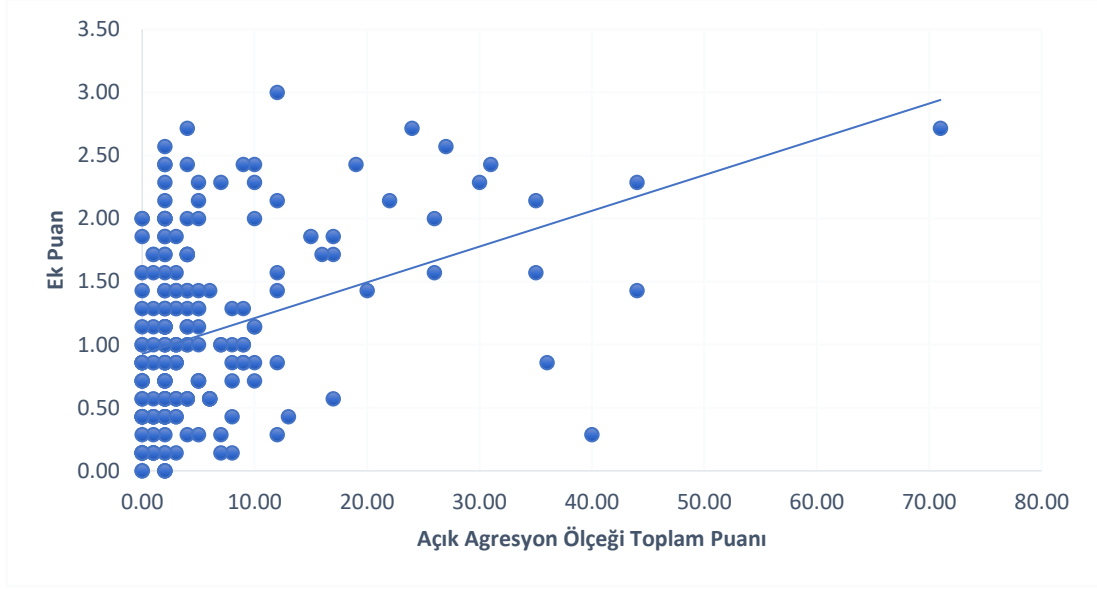
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Ek Puan | Kadın | 213 | r=0,486 p=0,005 | r=0,361 p= <,001 | r=0,295 p= 0,002 | r=0,278 p= 0,005 | r=0,358 p= 0,001 | r=0,175 p= 0,010 |
| | Erkek | 79 | r=0,445 p=0,005 | r=0,382 p= <,001 | r=0,336 p= <,001 | r=0,312 p= <,001 | r=0,353 p= <,001 | r=0,196 p= 0,084 |



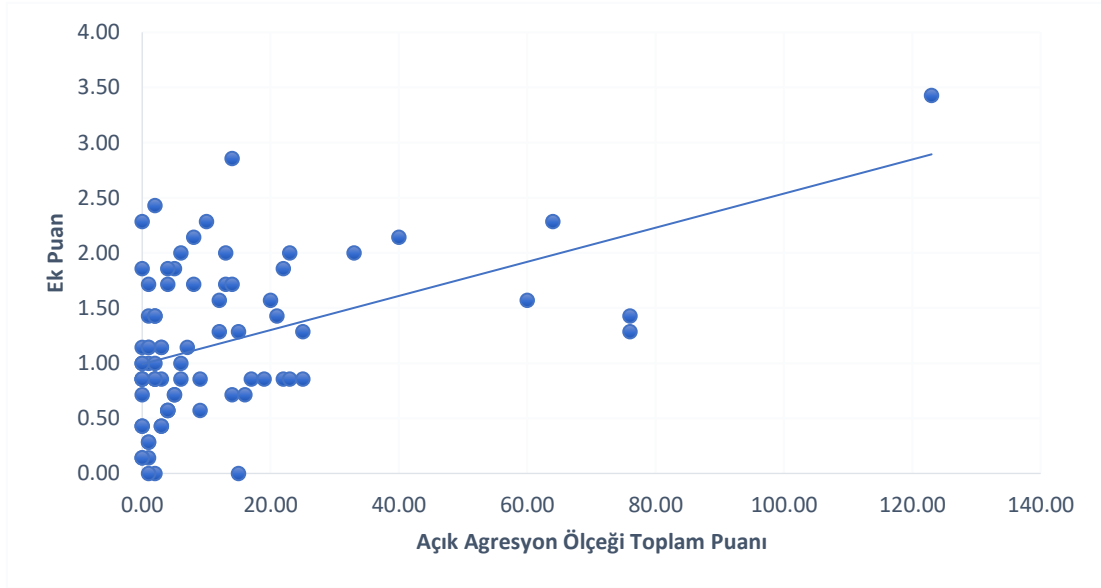
EK-Şekil 37. Kadınlarda SCL 90-R Ek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Ek puan ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,486$) ve anlamlı ($p=0,005$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 38. Erkeklerde SCL 90-R Ek Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Ek Puan ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,445$) ve anlamlı ($p=0,005$) bir ilişki saptanmıştır.



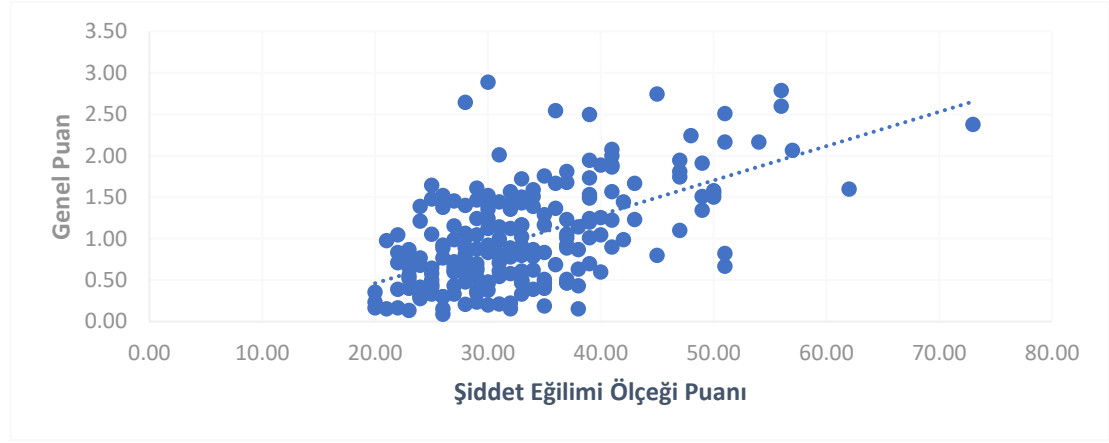
EK-Şekil 39. Kadınlarda SCL 90-R Ek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Ek Puan ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=,361$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



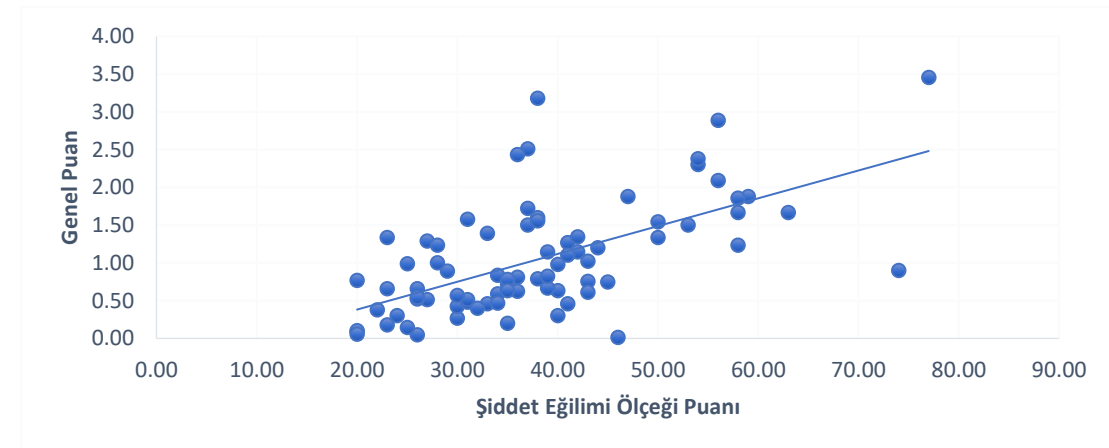
EK-Şekil 40. Erkeklerde SCL 90-R Ek Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Ek Puan ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=,382$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK-Tablo 11. Cinsiyete Göre SCL 90-R Genel Puanı ile ŞEÖ ve AAÖ Toplam/Alt Ölçek (Sözel, Nesnelere Yönelik, Kendine Yönelik, Diğerlerine Yönelik) Puanları Arasındaki Korelasyon

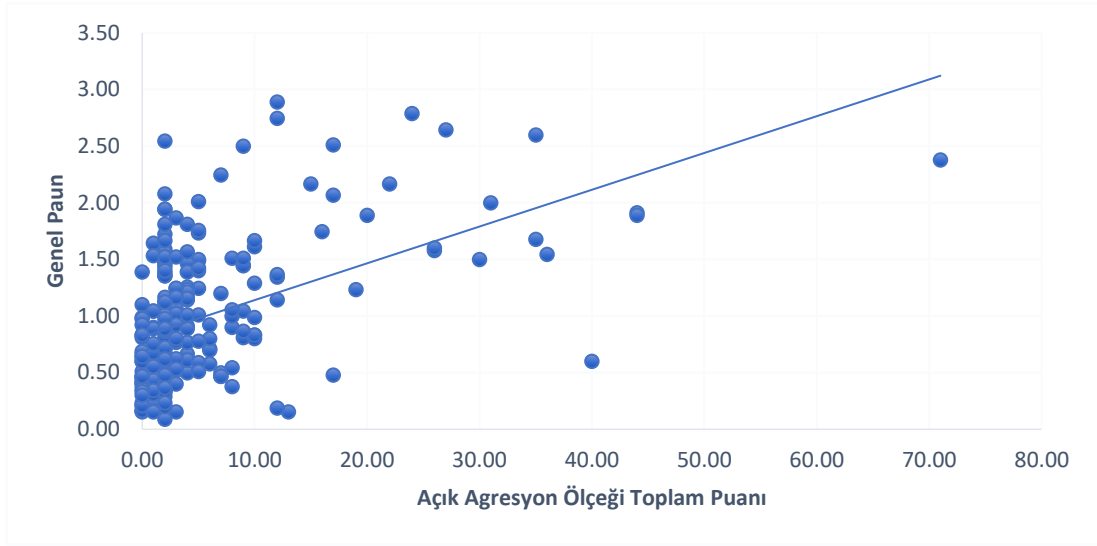
| SCL 90-R Alt Ölçekleri | Cinsiyet | n | Şiddet Eğilimi Ölçeği | Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puan | Sözel Agresyon | Nesnelere Yönelik Agresyon | Kendine Yönelik Agresyon | Diğerlerine Yönelik Agresyon |
|------------------------|----------|-----|-----------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Genel Puan | Kadın | 213 | r=0,575 p= <,001 | r=0,501 p= <,001 | r=0,411 p= <,001 | r=0,363 p= <,001 | r=0,390 p= <,001 | r=0,230 p=0,005 |
| | Erkek | 79 | r=0,606 p= <,001 | r=0,545 p= <,001 | r=0,532 p= <,001 | r=0,410 p= <,001 | r=0,319 p= 0,004 | r=0,310 p=0,005 |



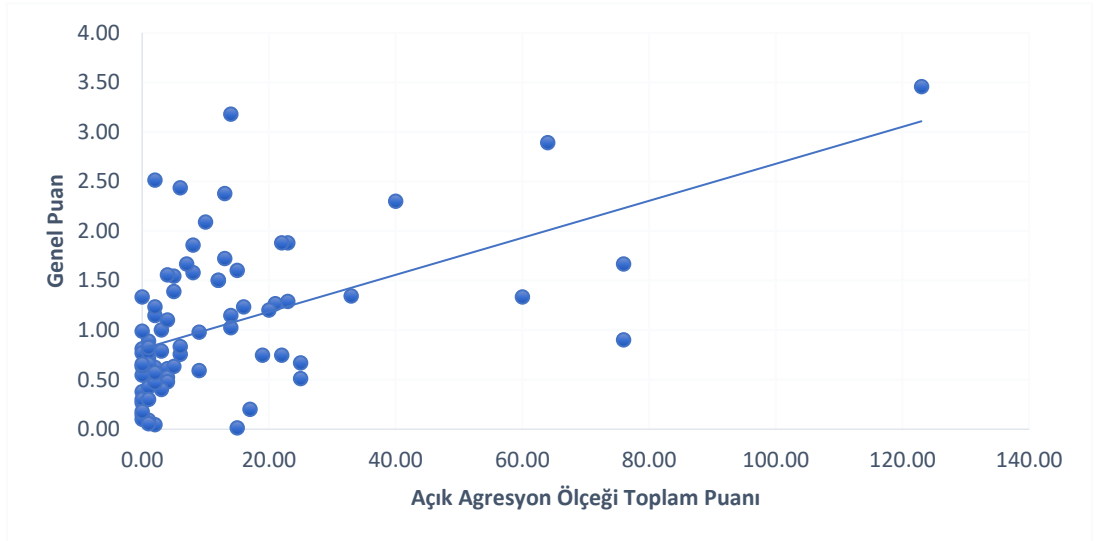
EK-Şekil 41. Kadınlarda SCL 90-R Genel Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Genel puanları ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=575) ve anlamlı (p=<,001) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 42. Erkeklerde SCL 90-R Genel Puanı ile Şiddet Eğilimi Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Genel puanlar ile ŞEÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=606) ve anlamlı (p=<,001) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 43. Kadınlarda SCL 90-R Genel Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Kadınlarda Genel puanları ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=501$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.



EK-Şekil 44. Erkeklerde SCL 90-R Genel Puanı ile Açık Agresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon. Erkeklerde Genel puanlar ile AAÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=545$) ve anlamlı ($p=<,001$) bir ilişki saptanmıştır.

EK 7. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Yazısı

Tarih: 04/01/2023 20:16
Sayı: E-16969557-030.01.04-
00002600899



00002600899



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KURUL KARARI

| <u>OTURUM TARİHİ</u> | <u>OTURUM SAYISI</u> | <u>KARAR SAYISI</u> |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 27.12.2022 | 2022/22 | 2022/22-24 |
| Araştırma Numarası : GO 22/1063 | | Değerlendirme Tarihi : 25.10.2022 |

Dr. Baise TIKIR'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Mahmut Saadi YARDIM ile birlikte çalışacakları ve Dr. Baise TIKIR'ın yüksek lisans tezi olan, GO 22/1063 kayıt numaralı "**Yetişkin Bireylerde Genel Psikopatoloji Profilleri ile Şiddet Eğilimi ve Şiddet Davranışı Arasındaki İlişki**" başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 01 Ocak 2023 – 01 Eylül 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

İZİNLİ

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça
AYDIN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN
İŞLER
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Sibel
PEHLİVAN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Hande GÜNEY
DENİZ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Betül ÇELEBİ
SALTIK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten İŞİK
KOÇ
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu
Ersöz ALAN
Kurul Üyesi

Av. Buket ÇINAR
Kurul Üyesi

9.ÖZGEÇMİŞ