

# Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti tanıma ve şiddetten etkilenme durumu

*Recognition of violence and being affected by violence in psychiatric outpatients*

Elif Nurgül Sungur<sup>1</sup>, Ezgi Hancı Yenigün<sup>2</sup>, Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu<sup>3</sup>, Bengü Yücens<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., Karaman Devlet Hastanesi, Karaman, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-9074-0955>

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Serbest Psikiyatri Hekim, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-1953-9869>

<sup>3</sup>Prof.Dr., <sup>4</sup>Dr., Öğr. Üyesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0003-3842-2711>-<https://orcid.org/0000-0002-4721-7288>

## ÖZET

**Amaç:** Şiddet önemli bir toplumsal sorundur ve ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti nasıl tanımladıklarının, şiddete maruz kalma sıklıklarının ve şiddetten etkilenme alanlarının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 199 hasta dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve şiddete yönelik ayrıntılı değerlendirmeleri, şiddetle ilgili literatür gözden geçirilerek araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile incelendi. **Bulgular:** Şiddet, çalışmaya katılan kadınların %78.9'u ve erkeklerin %75.5'i tarafından fiziksel olarak tanımlandı. Her iki cinsiyet de şiddetin en sık nedeninin "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunulması" olduğunu; şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimin olduğunu belirtti. Hastaların %56'sının (kadınların %56.8'i, erkeklerin ise %55.9'u) şiddete maruz kaldığı ve kadınların erkeklerden daha sık cinsel şiddete maruz kaldığı saptandı. Şiddete maruz kalanlarla kalmayanlar arasında cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve psikiyatrik bozukluk tanı dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Şiddete maruz kalan hastaların sosyal işlevselliklerinin, kişisel ve sosyal performanslarının, maruz kalmayan hastalardan daha düşük olduğu saptandı. **Sonuç:** Şiddet, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaygındır. Şiddet, psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğundan ve işlevselliği bozduğundan klinisyenler tarafından ruhsal değerlendirme sırasında rutin şekilde sorgulanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Psikiyatrik tanı, şiddet, aile içi şiddet, cinsiyete dayalı şiddet

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:280-289)

DOI: 10.5505/kpd.2020.43926

## SUMMARY

**Objective:** Violence continues to be an important public problem and has negative effects on mental health. In this study, it was aimed to determine the recognition of violence by psychiatric outpatients, the prevalence of violence against psychiatric outpatients and how they are affected by violence. **Method:** The study included 199 patients who admitted to the general psychiatry outpatient clinic and accepted to participate in the study. The sociodemographic features and detailed assessments of patients on violence were examined with the questionnaire prepared by reviewing the literature on violence. **Results:** 78.9% of females and 75.5% of males participated in the study recognized violence physically. Both female and male patients mentioned that "disobedience / irritating behavior" was the most common cause of violence and, "education" was the most obvious factor that can prevent violence. It was found that 56% of the patients (56.8% of females and 55.9% of males) were subjected to violence and, females were subjected to sexual violence more frequently than males. There was no significant difference between patients subjected to violence and those who were not in terms of gender, educational status, occupation, and psychiatric diagnosis. The social functionality, personal and social performances of the patients who were subjected to violence were lower than those who were not subjected to violence. **Discussion:** Violence is a common problem among psychiatric outpatients. Because violence is associated with psychiatric disorders and disrupts functionality, clinicians should routinely screen violence during psychiatric evaluation.

**Key Words:** Psychiatric diagnosis, violence, domestic violence, gender-based violence

## GİRİŞ

Şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve ruh sağlığı ile de yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlar (1). Şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine göre şiddet kendine yönelik, kişilerarası ve kitlesel şiddet olmak üzere 3 sınıfa ayrılır: 1. Kendine yönelik şiddet: self mutilasyon ve suicidal davranışlar, 2. Kişilerarası şiddet: aile/eş ve toplum kaynaklı, 3. Kitlesel şiddet: sosyal, politik ve ekonomik şiddet şeklinde daha spesifik türlere ayrılır. Şiddet eylemleri kişinin nasıl etkilendiğine göre de fiziksel, cinsel, psikolojik, yoksunluk/ihmal içereren 4 farklı şekilde değerlendirilir (2).

Tüm dünyada 15-44 yaş grubundaki kişiler arasında en önemli ölüm nedenlerinden birisi şiddettir ve en yaygın görülen biçimi erkeğin kadına ve çocuğa karşı uyguladığı aile içi şiddettir (3). DSÖ dünya genelinde kadınların %30'unun yaşamları boyunca en az bir kere eşleri tarafından uygulanan fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını ve öldürülen kadınların ise %38-50'sinin eşi ya da sevgilisi tarafından öldürüldüğünü, erkeklerde ise bu oranın %6 olduğunu bildirmiştir (4). ‘Kadına yönelik şiddet: Avrupa Birliği geneli anket sonuçları 2014’ raporunda Türkiye genelinde yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların oranı %36, cinsel şiddete maruz kalmış kadınların oranı ise %12 olarak saptanmıştır (5). Ülkemizde “Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü” tarafından 2009 yılında yürütülen kadına yönelik şiddet araştırmasına göre ise, ülkemizdeki kadınların %42'si şiddet türlerinden en az birini yaşamıştır ve yaşamaya devam etmektedir (6). Şiddet görme şiddete başvurma eğilimini arttırmakta ve bu durum şiddetin kuşaktan kuşağa geçerek sıklığının giderek artmasına neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan bir araştırmada, kadınların %36.4'ünün fiziksel şiddetten yakındığı, %71.4'ünün geçmişteki ya da şimdiki gebelik döneminde ruhsal/sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (7). 2018 yılında

Ankara'nın bir ilçesinde 15-44 yaş arası kadınların %40'ının son bir yılda şiddete maruz kaldığı, bu şiddetin %9.2'sinin fiziksel, %41.7'sinin duygusal, %3.3'ünün cinsel şiddet olduğu, ayrıca kadınların %39.2'sinde fiziksel ve duygusal şiddetin birlikte görüldüğü belirlenmiştir (8). Şiddet bu kadar yaygın görüldüğünden ilişkili olduğu sosyodemografik özelliklerin anlaşılması önlenilmesi açısından önem taşımaktadır. Gelir düzeyi ilk akla gelen özelliklerden biridir ve 2000 yılında yapılan bir araştırmada da düşük-orta gelir düzeyindeki ülkelerde şiddete bağlı ölüm oranı (32.1/100000) yüksek gelir düzeyindeki ülkelerdeki oranın (14.4/100000) yaklaşık 2 katı kadar bulunmuştur (9). Eş şiddeti ve cinsel şiddet riskini artıran nedenler arasında düşük eğitim, çocuklukta şiddete maruz kalmak, yakın ilişkilerde güç eşitsizliği, şiddeti kabul eden tutumlar ve cinsiyet eşitsizliği yer almaktadır (4).

Şiddetin tanımlanması bireylerin ve toplumun sosyokültürel değerleri ile şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet, toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanması oldukça güç olmaktadır (10). Şiddetin belli yaşam alanlarında (ev, okul, iş yeri) ve bu alanlardaki bireylere (kadın, çocuk, yaşlı, psikiyatrik hasta...) uygulanması kabul edilir bir davranış olarak algılandığında sıradanlaşarak kendini yineler. Şiddetin yinelenmesiyle tıbbi, davranışsal ve ruhsal sonuçları daha da ağırlaşır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kronik depresyon ve psikosomatik bozukluklar sık görülen tanılar olmakla birlikte (11-14) şiddete maruz kalanlarda öfke, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının da sık olduğu belirtilmiştir (15). Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada aile içi şiddete maruz kalan kadınların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon tanısı alma oranı (%30.8), aile içi şiddete maruz kalmayanlara (%8.3) göre daha yüksek saptanmıştır (8). Psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda da aile içi şiddete maruz kalmak anksiyete, depresyon düzeylerinin ve intihar girişimlerinin artışına neden olmaktadır (16). Şiddete maruz kalma ayrıca kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalığı gibi ölüm nedenleri için önemli risk faktörleri olan sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi yüksek riskli davranışlarla da güçlü bir şekilde

ilişkilidir (17,18). Yakın eş şiddetine maruz kalan kadınların maruz kalmayan kadınlara kıyasla alkol kullanım bozukluğuna sahip olma olasılıkları iki kat, depresyon geçirme ihtimali iki kat ve intihar girişimi riski 4.5 kat daha fazladır. Partneri dışındaki kişiden cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda alkol kullanma bozukluğu riski maruz kalmayan kadınlara göre 2.3 kat, depresyon veya anksiyete olasılığı da 2.6 kat daha fazladır (19). Şiddetin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi bu kadar belirgin ise ruhsal yakınmalarla başvuran kişilerde şiddetin mutlak sorgulanması gereken bir durum olduğu da aşikardır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada da bu görüşü doğrular şekilde kadınların %70.1'inin evliliğinde sözel şiddet, %49'unun fiziksel şiddete maruz kaldığı, sözel şiddete maruz kalanların %65.3'ünün fiziksel şiddete de maruz kaldığı saptanmıştır (20).

Toplumda yaygın olan şiddet psikiyatrik belirtilerle yakından ilişkilidir ve şiddetten psikiyatrik hastalar da sıklıkla etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan kadın ve erkek hastaların şiddeti nasıl tanımladıklarının, şiddete maruz kalma sıklığının ve şiddetten etkilenme alanlarının saptanmasıdır.

## YÖNTEM

Psikiyatri polikliniğine bir ay içerisinde başvuran ve psikiyatrik tanıları poliklinik sorumlu hekimleri tarafından DSM IV-TR ölçütlerine göre belirlenen ardışık tüm hastalar çalışma için bilgilendirilmiştir. İletişimi bozacak denli ağır psikiyatrik ve fiziki hastalığı olmayan, en az bir psikiyatrik tanı konan ve çalışmaya katılmak için onam veren 18-69 yaş arası 199 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma için yerel etik kurul onayı ve katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Yerel etik kurul onayı tarihi/sayısı 22.01.2014/02-4451'dir.

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri kaydedildikten sonra maruz kalman şiddet yüz yüze görüşmede anket soruları ile değerlendirilmiştir. Anket, şiddetle ilgili literatür ve ölçekler gözden geçirilerek hazırlanmış alt başlıklar içeren 12 sorudan oluşturulmuştur. Uygulanan anket formu

Tablo 1'de verilmiştir. Anket formunda bulunan şiddet türü ile ilgili sorularda katılımcılara önce şiddet türlerinin alt başlıklarından yola çıkılarak seçenekler söylenmiş, daha sonra alınan yanıt doğrultusunda şiddetin türünün fiziksel, sözel, psikolojik ve cinsel şiddet olup olmadığı belirlenmiştir. Veriler SPSS 18.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t-test ile ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir,  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 199 kişinin 71'i (%35.7) erkek, 128'i (%64.3) kadındı. Yaş ortalaması  $34.7 \pm 13$ 'tü (18-69 yaş). Hastaların %27.9'u öğrenci, %26.2'si işsiz, %20.2'si serbest meslek sahibi, %10.9'u emekli, %7.7'si memur, %4.9'u işçiydi. Kadınların % 25.8'i ilkökul, % 11.3'ü ortaokul, % 15.3'ü lise, %47.6'sı üniversite mezunu; erkeklerin % 24.3'ü ilkökul, % 12.9'u ortaokul, % 15.7'si lise, %47.1'i üniversite mezunu olarak belirlendi. Cinsiyetler arasında eğitim durumları açısından anlamlı farklılık yoktu ( $p=0.987$ ,  $\chi^2=0.140$ ). Kadınların çoğu (%41.4) çalışmıyor, erkeklerin çoğu (%31.3) serbest meslek sahibiydi. Meslek dağılımları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0.001$ ,  $\chi^2=41.737$ ).

Hastalara en sık konulan tanı %60.8 ile duygudurum bozuklukları (bipolar bozukluk ve depresyon) kümesindedir. Sonra sırasıyla anksiyeteye ilişkili bozukluklar (anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu), psikotik bozukluklar (şizofreni, şizoaffektif bozukluk) ve diğer tanılar (DEHB, organik mental bozukluk) yer aldı. Cinsiyete göre psikiyatrik bozukluk tanılarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Cinsiyetler arasında tanı dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.223$ ,  $\chi^2=4.386$ ).

Şiddeti tanımlayan seçenekleri belirtmeleri istendiğinde kadınlar da erkekler de şiddeti en sık fiziksel olarak tanımladı ve her iki cinsiyet de şiddet nedenleri arasında en sık "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunulması" seçeneğini belirt-

**Tablo 1.** Hastalara uygulanan şiddet ile ilgili anket formu

Aşağıda şiddete ilişkin görüşlerinizi anlamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Her bir soruda size uygun gelen şık/şıkları işaretleyiniz.

1-Size göre şiddeti tanımlayan şık/şıkları X ile işaretleyiniz	
a. tokat atma ( )	f. geçimsizlik, tartışma ( )
b. kesici alet, silah vs. ile yaralama ( )	g. tehdit etme ( )
c. bir eşyayı fırlatma ( )	h. para ya da yiyecek vermeme ( )
d. küfür, hakaret etme ( )	ı. dayak, tekmeleme ( )
e. istemeyen birine cinsel temas, zorla cinsel ilişki kurma ( )	i. beden dilinin saldırıya yönelik kullanımı (el hareketi, sert bakış vs) ( )
	j. diğer (açıklayınız).....
2-Şiddetin nedenleri olarak kabul ettiğiniz şık/şıkları X ile işaretleyiniz	
a. söz dinlenmemesi ( )	d. ekonomik nedenler
b. sınırlayıcı bir davranışta bulunulması ( )	e. geleneklere aykırı davranılması ( )
c. görevin yerine getirilmemesi ( )	f. diğer (açıklayınız).....
3-Şiddet haklı gösteren nedenleri X ile işaretleyiniz.	
a. yalan söylenmesi ( )	e. toplumsal düzenin korunması ( )
b. namusa dil uzatılması ( )	f. hakaret edilmesi ( )
c. namusu kirlenmiş bir kadının şerefının kurtarılması ( )	g. saldırılması ( )
d. toplumsal kurallara aykırı davranılması ( )	h. şiddetin haklı nedeni yoktur ( )
	i. diğer.....
4-Şiddet önleyebilecek etkenler arasında uygun olan/olanları X ile işaretleyiniz	
a. eğitim ( )	g. gelenek-göreneklere uygun yaşama (töre, inanç...) ( )
b. gelir düzeyinin yüksek olması ( )	h. yasalar ( )
e. ailede hem kadın hem kocanın iş sahibi olması ( )	ı. yasaların uygulanmasıyla ilgili yetkilerin artırılması ( )
d. ailede sadece kocanın çalışması ( )	i. diğer (ekleyiniz) .....
e. kadınların daha yumuşak karakterli olması ( )	
f. diğerlerine karşı önyargıların olmaması ( )	
5- Hayatınız boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet olayı yaşadınız mı? hayır ( ) evet ( )	
6- Yanıtınız evet ise aşağıdakilerden hangisi hangileri yaşadığınız olayı tanımlıyor X ile işaretleyiniz.	
a. tokat atma ( )	f. geçimsizlik, tartışma ( )
b. kesici alet, silah vs. ile yaralama ( )	g. tehdit etme ( )
c. bir eşyayı fırlatma ( )	h. para ya da yiyecek vermeme ( )
d. küfür, hakaret etme ( )	ı. dayak, tekmeleme ( )
e. istemeyen birine cinsel temas, zorla cinsel ilişki kurma ( )	i. beden dilinin saldırıya yönelik kullanımı (el hareketi, sert bakış vs) ( )
7- Geçmişte yaşadığınız şiddet olayı varsa olaydan sonra değişen ve halen devam eden işlevsellik durumunuzu belirten soruları okuyun ve en uygun cevabı işaretleyin.	
1. Çevrenizle uyum sorunu yaşıyor musunuz? yaşıyorum ( ) yaşamamak için çabalıyorum ( ) yaşamıyorum ( )	
2. Evden dışarı çıkma sıklığınızda azalma oldu mu? değişiklik olmadı ( ) azalma oldu ( )	
3. Çevrenizdeki kişilerin taleplerine nasıl tepki gösteriyorsunuz? olumsuz ilişki (huzursuz olma, onları tersleme) ( ) onlardan kaçınma ( ) olumlu ilişki (onlardan hoşlanma) ( )	
4. Sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma istekliliğinizde bozulma oldu mu? evet ( ) hayır ( )	
5. Rahatsız edici ve agresif davranışlarımızın düzeyi nedir? değişiklik olmadı ( ) artış oldu ( )	
6. Yakınlarınızla iletişim isteğinizde bir değişiklik düzeyi nedir? değişiklik olmadı ( ) azalma oldu ( )	

**Tablo 2. Cinsiyete göre psikiyatrik bozukluk tanı kümelerinin dağılımı**

Psikiyatrik tanımlar	Erkek		Kadın		p*	x <sup>2</sup>
	Sayı	%	Sayı	%		
Duygudurum bozuklukları	39	54.9	82	64.1	0.223	4.386
Psikotik bozukluklar	7	9.9	7	5.5		
Anksiyete bozuklukları	20	28.2	36	28.1		
Diğer	5	7	3	2.3		

\*:Ki-kare testi

ti. Erkeklerin çoğu görev ihlalini de şiddetin olası nedenleri arasında belirtti. Şiddetin haklı nedenleri nelerdir sorusuna kadınların yaklaşık yarısı şiddetin haklı nedeni olmadığı yanıtını belirtirken erkekler kadınlardan daha yüksek oranda namusa yönelik olay, toplumsal düzene aykırılık, hakaret ve saldırıyı şiddetin haklı nedenleri arasında değerlendirdi. Her iki cinsiyet de şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimin olduğunu belirtti. Ancak kadınlar, her iki eşin de çalışmasının şiddeti önleyebileceğini erkeklere göre daha yüksek oranda belirtti. Hastaların şiddeti hangi tipte tanımladıkları, şiddetin olası nedenleri, şiddetin haklı nedenleri ve şiddetin nasıl önlenebileceğine ilişkin yanıtları Tablo 3'te yer almaktadır.

Şiddete maruz kalma durumunu 199 hastadan 193'ü yanıtladı, 6'sı yanıtlamadı. Yanıtlayan 193 hastanın 109'u (%56) şiddete maruz kaldığını belirtti. Kadınların %56.8'i, erkeklerin ise %55.9'unun şiddete uğradığı saptandı. Şiddete uğrayanların %46.2'si üniversite mezunu, %12.3'ü lise, %11.3'ü ortaokul, %30.2'si ilkökul mezunuydu. Şiddete uğrayan kadınların %47.1'i üniversite mezunu, %11.8'i lise, %10.3'ü ortaokul, %30.9'u ilkökul mezunuydu. Şiddete uğrayan erkeklerin %28.9'u üniversite mezunu, %13.2'si lise, %13.2'si ortaokul, %28.9'u ilkökul mezunuydu. Kadın hastalarda şiddete maruz kalan kişilerin meslek dağılımlarında, %25'inin öğrenci, %14.1'inin serbest çalışan, %9.4'ünün memur, %7.8'inin emekli, %1.6'sının işçi olduğu, %42.1'inin çalışmadığı; erkek hastalarda %29.7'sinin serbest çalışan, %21.6'sının öğrenci, %10.8'inin memur, %10.8'inin işsiz, %13.5'inin emekli olduğu saptandı. Hastaların psikiyatrik bozukluk tanıları ile şiddete uğrama durumlarının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Şiddete uğrayanlar ile uğramayanlar arasında cinsiyet ( $p=0.902$ ,  $x^2=0.015$ ), eğitim durumu ( $p=0.349$ ,  $x^2=3.292$ ), meslek ( $p=0.609$ ,  $x^2=4.501$ ) ve psikiyatrik bozukluk tanı dağılımı ( $p=0.313$ ,  $x^2=3.559$ ) açısından anlamlı farklılık

saptanmadı.

Şiddete uğrama ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi ilişkisini değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapıldı. Lojistik regresyon analizinde şiddete uğrama durumu bağımlı değişken olarak alınırken yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi ise bağımsız değişken olarak alındı. Bu modelde Nagelkerke R<sup>2</sup> değeri 0.025, Hoshmer Lemeshow sig. değeri 0.693'tü. Yaş (sig.=0.644), cinsiyet (sig.=0.772), eğitim yılı (sig.=0.153) ve psikiyatrik tanının (sig.=0.471) şiddete uğrama üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı, yani bu değişkenlerle şiddete uğrama arasında ilişki olmadığı saptandı. Şiddete uğrayanlarda cinsiyet ile yaş, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı ilişkisini değerlendirmek için ikinci bir lojistik regresyon analizi daha yapıldı. Bu analizde cinsiyet bağımlı değişken olarak alınırken yaş, eğitim yılı ve psikiyatrik tanı kümesi bağımsız değişken olarak alındı. Bu modelde Nagelkerke R<sup>2</sup> değeri 0.037, Hoshmer Lemeshow sig. değeri 0.844'tü. Yaş (sig.=0.826), eğitim yılı (sig.=0.703) ve psikiyatrik tanı kümesinin (sig.=0.262) cinsiyet üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı, yani bu değişkenlerle şiddete uğrayanın cinsiyeti arasında ilişki olmadığı saptandı.

Şiddete maruz kalanların %60.6'sı psikolojik, %43.1'i sözel, %26'sı fiziksel, %17'si cinsel şiddete uğradığını belirtti. Kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda cinsel şiddete uğradığı belirlendi. Cinsiyete göre maruz kalan şiddet tipinin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Şiddete maruz kalanların %33.9'u çevreyle uyum sorunu yaşadığını, %19.3'ü yaşamamak için çabaladığını, %46.8'i yaşamadığını belirtti. Şiddete maruz kalmayanların %21.1'i çevreyle uyum sorunu yaşadığını, %5.6'sı yaşamamak için çabaladığını, %73.3'ü ise yaşamadığını belirtti. Şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha çok çevreyle uyum sorunu

**Tablo 3.** Hastaların cinsiyetlerine göre şiddetin tanımı, nedenleri ve önleyici etken yanıtları

		Erkek		Kadın		p*	x <sup>2</sup>
		Sayı	%	Sayı	%		
Şiddetin Tanımı	Fiziksel	55	77.5	101	78.9	0.813	0.056
	Sözel	38	53.5	70	54.7	0.874	0.025
	Cinsel	23	32.4	60	46.9	<b>0.047</b>	<b>3.939</b>
	Psikolojik	38	53.5	71	55.5	0.791	0.070
	Diğer	2	2.8	9	7	0.213	1.553
Şiddetin Olası Nedeni	Söz dinlenmemesi/ sınırlendirici davranışta bulunulması	55	77.5	89	69.5	0.251	1.437
	Görev ihlali	43	60.6	54	42.2	<b>0.013</b>	<b>6.172</b>
	Ekonomik	12	16.9	21	16.4	0.928	0.008
	Geleneklere Aykırılık	39	54.9	60	46.9	0.276	1.185
	Diğer	3	4.2	9	7	0.426	0.635
Şiddetin Haklı Nedenleri	Yalan Söylenmesi	22	31	31	24.2	0.301	1.070
	Namusa Yönelik Olay	37	52.1	47	36.7	<b>0.035</b>	<b>4.437</b>
	Toplumsal Düzene Aykırılık	27	38	22	17.2	<b>0.001</b>	<b>10.687</b>
	Hakaret Edilmesi	27	38	26	20.3	<b>0.007</b>	<b>7.335</b>
	Saldırı	41	57.7	52	40.6	<b>0.020</b>	<b>5.378</b>
	Haklı nedeni yoktur	24	33.8	58	45.3	0.114	2.497
	Diğer	3	4.2	3	2.3	0.457	0.553
Şiddeti Önleyecek Etkenler	Eğitim	55	77.5	80	62.5	<b>0.030</b>	<b>4.688</b>
	Gelir yüksekliği	25	35.2	29	22.7	0.056	3.641
	Eşlerin ikisinin de çalışması	13	18.3	46	35.9	<b>0.009</b>	<b>6.803</b>
	Sadece kocanın çalışması	8	11.3	8	6.3	0.212	1.555
	Kadının yumuşak karakterde olması	14	19.7	30	23.4	0.545	0.367
	Önyargı olmaması	28	39.4	54	42.2	0.706	0.143
	Geleneklere uygun yaşamak	11	15.5	15	11.7	0.449	0.573
	Yasalar	35	49.3	58	45.3	0.590	0.291
	Diğer	4	5.6	3	2.3	0.227	1.457

\*: Ki-kare testi

yaşadığı saptandı (p<0.001, x<sup>2</sup>=15.886).

“Evden dışarı çıkma sıklığınızda azalma oldu mu?, Çevrenizdeki kişilerin taleplerine nasıl tepki gösteriyorsunuz?, Sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma istekliliğinizde bozulma oldu mu?” şeklindeki 3 soru ile kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra kişide değişen ve devam eden işlevsellik durumu incelendi. Kadınların %31.1’i, erkeklerin %28.6’sı evden çıkma sıklığında azalma bildirdi. Kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.791, x<sup>2</sup>=0.070). Kadınlar, çevrenin taleplerine %59.3 oranında olumsuz ilişki (onları tersleme, huzursuz olma), %27.1 kaçınma, %13.6 olumlu ilişki (onlardan hoşlanma) şeklinde tepki verdiğini belirtirken, erkekler çevrenin taleplerine %62.9 oranında olumsuz ilişki (onları tersleme, huzursuz olma), %31.4 kaçınma, %5.7 olumlu ilişki şeklinde tepki verdiğini belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında çevrenin taleplerine yanıt verme durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.482, x<sup>2</sup>=1.458). Kadınların %70’i erkeklerin %69.7’si sosyal aktivitelere katılma isteğinde bozulma olduğunu belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında

sosyal açıdan yararlı aktivitelere katılma isteği durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.976, x<sup>2</sup>=0.001).

“Rahatsız edici ve agresif davranışlarınızın düzeyi nedir?” ve “Yakınlarınızla iletişim isteğinizde değişiklik düzeyi nedir?” soruları ile şiddet olayından sonra değişen ve halen devam eden performans durumuna yönelik yapılan değerlendirmelerde kadınların %31.7’si, erkeklerin %50’si rahatsız edici ya da agresif davranışlarda artış belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında rahatsız edici ve agresif davranışların durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.079, x<sup>2</sup>=3.087). Kadınların %48.3’ü erkeklerin %35.3’ü yakınlarıyla iletişimlerinde bozulma belirtti. Kadınlar ve erkekler arasında iletişim isteği durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.221, x<sup>2</sup>=1.500).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastaların şiddeti nasıl tanımladıkları, şiddetin nedenleri ile önlen-

**Tablo 4.** Hastaların psikiyatrik bozukluk tanıları ile şiddete uğrama durumlarının dağılımı

Psikiyatrik tanıları	Şiddete uğramayanlar		Şiddete uğrayanlar		p*	x <sup>2</sup>
	Sayı	%	Sayı	%		
Duygudurum bozuklukları	51	56.7	70	64.2	0.313	3.559
Psikotik bozukluklar	6	6.7	8	7.3		
Anksiyete bozuklukları	27	30.0	29	26.6		
Diğer	6	6.7	2	1.8		

\*:Ki-kare testi

mesine ilişkin değerlendirmeleri ele alınmıştır. Şiddete maruz kalma oranının %56 gibi yüksek bir sıklıkta olduğu, en sık psikolojik şiddete maruz kalındığı, şiddete maruz kalmanın sosyal işlevselliği, kişisel ve sosyal performansı olumsuz etkilediği görülmüştür.

Hem kadın hem erkek hastaların şiddeti, beklendiği üzere en sık fiziksel sonra da psikolojik ve sözel olarak tanımlandıkları görülmüş ayrıca kadınlar tarafından daha fazla tanımlanan cinsel şiddet dikkat çekici bulunmuştur. Cinsel içerikli davranışların şiddet bağlamında erkek hastalar tarafından daha az tanımlanması bu durumun meşru görülen davranış olarak algılanması ile ilişkilendirilebilir ya da cinsel şiddet farkındalığının daha düşük olduğunu gösteriyor olabilir. Güler ve ark.'nın (2005) 162 evli kadın ile yaptıkları çalışmada şiddeti kadınların %59.7'si fiziksel, %47.4'ü sözel, %21.4'ü duygusal olarak tanımlamıştır ve cinsel ile ekonomik şiddeti ifade eden kadın olmamıştır (21). Bizim hasta grubumuzdaki kadınların yarısına yakını bu çalışmadaki kadınlara göre daha fazla eğitim almıştı. Eğitim süresinin uzun olması; şiddete yönelik bilgi düzeyini, şiddetin algılanabilmesini, durumun normalleştirilmemesi ve paylaşılması gerektiği algısını yükselttiğinden cinsel şiddete farkındalık daha fazla görülmüş olabilir.

Her iki cinsiyette de şiddetin en sık nedeninin "söz dinlenmemesi/sinirlendirici davranışta bulunma" olarak değerlendirilmesi çocukluktan itibaren maruz kalınan aile içi şiddetin sıklığı ile ilişkili olabilir. Aile içinde, iş yerinde veya evlilikte kabul görmeyecek tutumların muhtemel karşılığının

şiddet olduğu zaman içinde öğrenilmektedir. Ekonomik sebepler bu çalışmada; her iki cinsiyette de dördüncü sırada yer almıştır. Başka bir çalışmada ise erkek şiddetinin nedenini soran açık uçlu bir soruya kadınlar en yüksek oranda (%14) 'ekonomik sorunlar' cevabını vermişlerdir (22). Ekonomik nedenlerin ilk sıralarda yer aldığı başka çalışmalar da mevcuttur (21). Çalışmalarda kullanılan yöntem, araştırma grubu niteliği, kullanılan parametreler nedeniyle farklı sonuçlarla karşılaşılabilir. Değerlendirilen grubun iş gücü yüksek olduğundan ekonomik zorluklar şiddete neden olarak görülmemiştir, buradan yola çıkarak sosyoekonomik gücü zayıf olan kadınların şiddeti ekonomik zorluklarla ilişkilendirdikleri de düşünülebilir. Şiddetin olası nedenlerini değerlendirirken haklı görülen nedenlerin belirlenmesi de şiddetin toplumsal düzlemdeki rasyonalizasyonunu daha net gösterecektir. Bu çalışmada kadınlar şiddetin haklı bir nedeni olmadığını belirtti. Erkek hastalar, sıklıkla saldırıyı şiddeti haklı kılan bir neden olarak ifade etti. Bu da şiddete şiddet ile yanıt verme eğiliminin kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Russell ve Hulson (1992), erkeklerin eşlerine şiddet uygulamalarındaki en temel sebebin şiddeti kabul edilebilir görmeleri olduğunu ifade etmişlerdir (23). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise kadınların üçte biri gördükleri fiziksel şiddetin haklı nedenleri olduğunu bildirmiştir (24). Erkekler namusa yönelik olay, toplumsal düzene aykırılık, hakaret edilmesi ve saldırıyı kadınlardan daha çok şiddetin haklı nedeni olarak görmektedir. Yaman Efe ve ark.'nın (2010) çalışmasında namusla ilgili olaylar, eşe ihanet edilmesi en sık saptanan şiddet nedeni olmuştur. Bunu şiddete neden ola-

**Tablo 5.** Cinsiyete göre maruz kalınan şiddet tipinin dağılımı

Şiddet tipi	Erkek		Kadın		p*	x <sup>2</sup>
	Sayı	%	Sayı	%		
Fiziksel	10	26.3	16	22.5	0.659	0.195
Sözel	16	42.1	31	43.7	0.876	0.024
Cinsel	1	2.6	16	22.5	<b>0.006</b>	<b>7.449</b>
Psikolojik	25	65.8	41	57.7	0.413	0.670

\*: Ki-kare testi

bilecek haklı neden olmadığı cevabı sonra da eşin sözünün dinlenilmemesi izlemiştir (25). Namusa yönelik olayların ve hakaret edilmesi, saldırı gibi diğer durumların erkeklerde şiddet sebepleri arasında kadınlara göre daha ön sırada saptanmasının sebebinin, toplumumuzdaki geleneksel yapıyla ve namusla ilgili erkeklere atfedilen görevlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda her iki cinsiyet de şiddeti önleyebilecek etkenlerin başında eğitimi ve daha sonra yasaları düşünmüşlerdir. Efe ve ark.larının (2010) çalışmasında da eğitim, şiddetin önlenilecek sebepleri arasında ilk sırada saptanmış, yasaların engelleyiciliği son sıralarda yer almıştır (25). Ayrıca bizim çalışmamızda kadınlar erkeklerden daha fazla 'eşlerin ikisinin de çalışmasının' şiddeti önleyebileceğini belirtmişlerdir. Bu bulgu da kadınların, maddi ve sosyal olanakların eşitlenmesinin şiddeti önleyebileceğine dair öngörülerini olduğunu göstermektedir. Şiddet sıklıkla bir güç gösterisi olarak ortaya çıktığından kadınlar açısından erkeklerle benzer güce sahip olmak caydırıcı nitelikte olabilir.

Şiddete maruz kalma durumu bu çalışmada %56 saptanmıştır ve bu oran erkekler (%55.9) ile kadınlarda (%56.8) benzerdir. Dikkat çeken başka bir bulgu da maruz kalınan en sık şiddet tipinin her iki cinsiyette de psikolojik şiddet olmasıdır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada da şiddet gören kadınların oranı %73.9 gibi oldukça yüksek bir oranda bildirilmiştir (20). Sivas ilinde psikiyatri polikliniğinde yapılan bir araştırmada da evli kadınların %57'sinin fiziksel, %36'sının duygusal, %32'sinin ekonomik, %30.7'sinin cinsel ve %29.3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı ve çoğunun şiddeti gizlemeye çalıştığı saptanmıştır (26). Fiziksel şiddete sıklıkla psikolojik şiddetin eşlik etmesi beklenen bir durumken bizim çalışmamızda psikolojik şiddetin daha fazla tanınıyor olması katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olmasının getirdiği farkındalık ile açıklanabilir. Efe ve ark.ları (2010) kadınların eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma oranlarının azaldığını saptamış fakat şiddet düzeyi azalsa da eğitim düzeyi ne olursa olsun kadınların erkeklere göre daha fazla şiddete maruz kaldıklarını gözlemlemişlerdir (25). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası benzer şiddet sıklığı örneklemdeki kadınların yüksek eğitim durumuna

ayrıca şiddete maruz kalan erkeklerin psikiyatri polikliniğine daha çok başvurmuş olmasına bağlı olabilir. Ancak şiddete uğrama ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve tanı kümesi arasında ilişki saptanmadığı gibi şiddete uğrayan hastalarda da cinsiyet ile yaş, eğitim yılı ve tanı kümesi arasında da ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile evlilikte kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel ve sözel şiddetin daha az tolere edildiği saptanmıştır (27). Bu çalışmada şiddet gören hastalarla görmeyen hastalar arasındaki tanı kümeleri dağılımlarının benzer olması Vahip ve Doğanavşargil'in (2006) çalışmasının sonuçları (28) ile benzer olmakla birlikte tanı gruplarındaki sayı yetersizliği bu konuda kanaat bildirmeye engel görünmektedir.

Kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra hem kadınların hem de erkeklerin yaklaşık üçte birinde evden çıkma sıklığında azalma olduğu; yarından fazlasında çevrenin taleplerine olumsuz yanıt verme şeklinde tepkinin ve yaklaşık üçte birinde kaçınma tepkisinin ortaya çıktığı görülmüştür. Kaçınma sonuç olarak evden çıkmayı ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı zorlaştırarak tedavi uyumunu bozabilir, sosyal işlevsellik bozulabilir ve uygun tedaviyi alma ve sürdürme engellenebilir. Hastaların %70 kadarının sosyal aktivitelere katılma isteğinde bozulma olduğunu belirtmesi de bu sonuçları destekler niteliktedir. Şiddete maruziyet sonrası her iki cinsin yarısından fazlasında rahatsız edici ya da agresif davranışlarda ve yakınlarıyla iletişimde bozulma bildirildi. Tüm hasta grubunun hem ruhsal sorunları hem de şiddete maruz kalmaları olasılıkla sosyal işlevselliği ve performansı bozarak etkili başa çıkma tarzlarını yetersiz kılmıştır. Travmatik yaşantılar ve sahip olunan negatif bilişsel şemalar nedeniyle, kaçınma ve inkar gibi etkisiz başa çıkma tarzlarının kullanılması ve başa çıkma konusunda yeterli kişisel kaynağa sahip olunmaması literatürde de vurgulanmıştır (29).

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki bir ay gibi kısa bir sürede tüm ardışık hastalardan verilerin toplanmasıdır. İkinci kısıtlılığı da literatürden ve çeşitli ölçeklerden yararlanılarak hazırlanan soru anketinin hastalık ve cinsiyetler arası geçerlik güvenilirliğinin yapılmamış olmasıdır. Normal



popülasyon ile karşılaştırma olmaması hastalardaki şiddet yaygınlık oranını tartışılır kılmaktadır. Daha geniş örneklemelerde, geçerlik güvenirliği yapılmış ölçeklerin kullanılacağı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

## SONUÇ

Bu çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan hastaların şiddete maruz kaldığı ve şiddetle ilişkili ruhsal ve sosyal alanda birçok olumsuz sonuç ortaya çıktığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar daha çok kadına yönelik şiddete odaklanırken bu çalışmanın her iki cinsiyeti de kapsamı farklıdır ve psikiyatrik hastalığı olan erkeklere yönelik şiddetin de azımsanmayacak sıklıkta olduğunu göstermektedir. Bu bulgular psikiyatrik hastaların şiddet maruziyetine açık olduğunu gösterebileceği gibi şiddete maruz kalanlarda psikiyatrik bozukluğun daha sık olduğuna da işaret edebilir. Her iki durum da psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişilerin şiddet maruziyeti açısından ayrıca değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Psikiyatri hastalarının yalnızca ruhsal tanıları nedeniyle şiddet davranışında bulunacağı varsayımı bir yanılgıdır. Psikiyatrik hastalardaki şiddete yönelik algı; toplumda eğitim düzeyi, medya ve kültürün etkileri, ruh sağlığı politikaları gibi sebeplerle de ilişkilidir. Şiddetin tanımı ve algılanması konularında psikiyatrik hastalığı olanlarla birlikte tüm toplumun da bilgilendirilmesi, şiddeti önlemek için eğitim yoluyla bilinçlendirilmesi ve şiddete yönelik yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir.

---

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu,  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
Denizli, Türkiye nkoguzhan@gmail.com

---

#### KAYNAKLAR

1. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360:1083–1087.
3. WHO Global Health Observatory Data Repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER?lang=en>).
4. RESPECT women: Preventing violence against women. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/RHR/18.19).
5. EU. Violence Against Women: an EU-wide Survey Main Results, Publications Office of the European Union, 2014. (<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-mainresults-report>).
6. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, Elma Teknik Basım, 2009.
7. Ayrancı U, Günay Y, Unluoğlu İ. Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2002; 3:75-87.
8. Canlı S, Özyurda F. Ankara ili gölbaşı ilçesinde doğurgan çağıdaki kadınlarda kadına yönelik şiddet ve depresyon ilişkisi. *Nobel Med* 2018; 14:31–39.
9. Kurt E, Yorguner Küpeli N, Sönmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı. *Noropsikiyatri Ars* 2018; 55:22-28.
10. WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1
11. Rittersberger Tılıç H. “Aile İçi Şiddet; Bir sosyolojik Yaklaşım” 20. yüzyılın sonunda kadınlar ve gelecek, Editor: Oya Çiftçi, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları no: 283, Ankara, 1998.
12. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *Am J Lifestyle Med* 2011; 5:454-468
13. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. 2012, 9(11).
14. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *Am J Lifestyle Med* 2011; 5:428–439.
15. Ozyurt BC, Deveci A. The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatr Derg* 2011; 22:10–16.
16. Stewart DE, Robinson GE. A review of domestic violence and women’s mental health. *Archives of Women’s Mental Health*. 1998, 1:83–89.
17. Korkmaz S, Korucu T, Yıldız S, Kaya S, Izci F, Atmaca M. Frequency of domestic violence in psychiatric patients and related factors. *Dusunen Adam* 2016; 29:359–366.
18. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M, Povilaitis R, Pudule I, Qirjako G, Ulukol B, Raleva M, Terzic N. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: Surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ* 2014; 92:641–655.
19. Danese A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, Poulton R, Caspi A. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:1135–1143.
20. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.
21. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. Kadının Aile İçinde Yaşana Şiddete Bakışı. *C Ü Tıp Fakültesi Derg* 2005; 2: 51 – 56.
22. Altınay AG, Arat Y. Türkiye’de kadına yönelik şiddet 2. Baskı. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri, 2008.
23. Russell RJH, Hulson B. Physical and psychological abuse of heterosexual partners. *Pers Individ Dif* 1992; 13: 457-473.
24. T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1995, 205.
25. Yaman Efe S, Ayaz S. Domestic violence against women and women’s opinions related to domestic violence. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2010; 11:23-29.
26. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O, Özdemir L. Bir psikiyatrik polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni symposium* 2002; 40:41–48.
27. Bora A, Golge ZB. An Investigation of the Relationship Between Gender, Education Status, Violence Experiences and Attitudes Toward Violence Against Women in Marriage. *Türkiye Klin J Forensic Med Forensic Sci* 2019; 16:88–97.
28. Vahip I, Doğanavşargil O. Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatr Derg* 2006; 17:107–114.
29. Akpınar O. Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Aile İçi Şiddetle Başa Çıkma Özyeterliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg* 2013; 4:39.