



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**SİĞİNMAEVİ İLE ŞİDDETİ ÖNLEME VE İZLEME
MERKEZİNLERİNDEN (ŞÖNİM) YÖNLENDİRİLİP
YATIRILARAK TEDAVİŐİ YAPILAN KADIN HASTALARIN
KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK
VERİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Begüm BILDIRCIN SAKARYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**SİğİNMAEVİ İLE şİDDETİ ÖNLEME VE İZLEME
MERKEZİNLERİNDEN (şöNİM) YÖNLENDİRİLİP
YATIRILARAK TEDAVİSİ YAPILAN KADIN HASTALARIN
KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK
VERİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Begüm BILDIRCIN SAKARYA

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Nurhan FİSTİKCI

Uzm. Dr. Sevinę ULUSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Öncelikle sağladığı çalışma ortamı nedeniyle başhekimimiz Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle klinik şefim Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL'a,

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım eski klinik şefim Uz. Dr. Nihat ALPAY'a,

Tez çalışmamda ilgisini ve desteğini esirgemeyen, bana yol gösteren danışmanlarım Doç. Dr. Nurhan FISTIKCI ve Uz. Dr. Sevinç ULUSOY'a,

1. Psikiyatri kliniğinde birlikte çalışma şansı bulduğum, samimiyetleri ve bilgi birikimleriyle her zaman yanımda olan servis uzmanlarım Uz. Dr. Berna ÖZATA YILDIZHAN, Uz. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL'a,

Desteğini asla unutmayacağım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Erkan AYDIN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım eğitim sorumlularım ve uzmanlarım; Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. Mehmet Can GER, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Doç. Dr. Dilek ATAKLI, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN ve Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ'ye,

1. psikiyatride beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, hemşirelerime, personellerime ve sekreterlerime,

Birçok anıyı paylaştığım, birlikte çalışmaktan hem keyif aldığım hem de çok şey öğrendiğim başta Mehmetcan, Ilgaz, Ceren, Hasan, Alevhan, Mert, İçsel, Ersin Berkay, Merve olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Her koşulda sevgisini, desteğini ve bana olan inancını hissettiğim hayat arkadaşım Semir'e,

Bugünlere gelmemi sağlayan, varlıklarıyla bana her zaman mutluluk ve güç veren canım aileme,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Begüm BILDIRCIN SAKARYA

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR.....	viii
VI. TABLO LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KADIN SIĞINMAEVLERİ	5
2.2. ŞÖNİM (ŞİDDETİ ÖNLEME VE İZLEME MERKEZİ)	6
2.3. ŞİDDET	8
2.3.1.Şiddet Kavramı	8
2.3.2.Şiddet Türleri	8
2.4. KADINA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI	9
2.4.1.Kadına Yönelik Şiddet Türleri.....	11
2.4.1.1. Fiziksel Şiddet.....	11
2.4.1.2. Cinsel Şiddet	11
2.4.1.3. Psikolojik/Duygusal Şiddet.....	12
2.4.1.4. Ekonomik Şiddet.....	12
2.5. KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN SEBEPLERİ ‘EKOLOJİK MODEL’	13
2.6. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET.....	14
2.7. KADIN SIĞINMAEVLERİ VE ŞÖNİM’İN ŞİDDET DÖNGÜSÜNDEKİ ÖNEMİ.....	18
2.8. ŞİDDET VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	20

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE KATILIMCILAR	25
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
3.2.1.Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu.....	26
3.3. İŞLEM	26
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR	28
4.2. ŞİDDETE İLİŞKİN BULGULAR	31
4.3. ŞİDDETE MARUZİYET DURUMUNA GÖRE TANIMLAYICI BULGULAR.....	31
4.4. ŞİDDETE MARUZİYET DURUMUNA GÖRE KLİNİK BULGULAR	35
4.5. TÜM ÖRNEKLEMDE İNTİHAR GİRİŞİMİNE İLİŞKİN BULGULAR	37
4.6. ŞİDDET GÖREN GRUPTA İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ.....	40
4.7. İNTİHAR GİRİŞİMİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN REGRESYON ANALİZİ	44
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. TÜM VAKALARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ	50
5.2. ŞİDDETE İLİŞKİN VERİLER	51
5.3. ŞİDDET MARUZİYET OLAN VE OLMAYAN GRUPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	54
5.4. İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	59
6. SONUÇLAR, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR.....	66
8. ÖZGEÇMİŞ	78
9. EKLER	79
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	79
EK 2 - KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	81

III. ÖZET

SİĞINMAEVİ İLE ŞİDDETİ ÖNLEME VE İZLEME MERKEZİNLERİNDEN (ŞÖNİM) YÖNLENDİRİLİP YATIRILARAK TEDAVİSİ YAPILAN KADIN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr Begüm BILDIRCIN SAKARYA

AMAC: Bu çalışmanın amacı kadın sığınmaevi ile Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)'nden yönlendirilip psikiyatri kliniğine yatırılarak tedavisi yapılan kadın hastaların klinik özellikleri ile beraber sosyodemografik verilerini incelemek, şiddete maruziyet ve intihar girişimi ile ilişkili olabilecek faktörleri araştırmaktır.

YÖNTEM: 2016 Aralık-2018 Aralık tarihleri arasında kadın sığınmaevleri ve ŞÖNİM'lerden yönlendirilip İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadın servislerinde yatırılarak tedavisi yapılan 157 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların, kadın sığınmaevleri veya ŞÖNİM' den başvurduğu bilgisi hastane tıbbi kayıtlarından elde edilmiştir. Çalışma geriye dönük dosya taraması şeklinde planlanmıştır. Veri toplama aracı olarak, çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış, katılımcılarla ilişkili klinik veriler ve sosyodemografik özellikleri değerlendiren ayrıntılı form kullanılmıştır.

BULGULAR: Hayatının bir döneminde şiddete maruz kalmış kadınların oranı %72 olarak tespit edilmiştir. Şiddet türleri incelendiğinde; psikolojik şiddet sıklığı %72,0, ekonomik şiddet sıklığı %72,0, fiziksel şiddet sıklığı %59,2, cinsel şiddet sıklığı ise %25,5 olarak saptanmış, vakaların hiçbirinin tek bir şiddet türüne maruz kalmadığı, şiddet türlerinin birbirine eşlik ettiği görülmüştür. Şiddet gören vakalar şiddet görmeyen vakalar ile karşılaştırıldığında; eğitim düzeyinin daha düşük, evlenme yaşının daha genç, tanışarak evlenme oranının daha düşük, çocuk sayısının daha fazla, geniş aile ile yaşama oranının daha yüksek, sağlık güvencesine sahip olma oranının daha düşük, intihar girişim ve kendine zarar verme davranışının daha sık, sigara/alkol ve psikoaktif madde kullanımının daha fazla olduğu tespit edildi. Şiddete maruziyet ile psikiyatrik tanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı, ancak şiddete maruz kalan kadınların şiddete maruz kalmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu tespit edildi. Şiddete maruz kalan kadınlar arasında yapılan incelemede; intihar ve kendine zarar verme davranışı olan kadınlar olmayan kadınlara göre daha yüksek oranda cinsel şiddete maruz kalmıştı. Tüm vakaların dahil edildiği çok değişkenli regresyon analizinde intihar öyküsü olan kadınlar intihar öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında kendine zarar verme davranışı olma ihtimalinin kendine zarar verme davranışı olmama ihtimaline göre 6,804 kat fazla olduğu (%95 GA 3,067-15,094), aile tipinin geniş aile olma olasılığının çekirdek aile olma olasılığına göre 3,373 kat fazla olduğu (%95 GA 1,518-7,499) saptanmıştır.

SONUÇ: Şiddete maruz kalan ve sığınmaevine başvuran bireylerin; bu travmatik yaşantıyla ilişkili olarak tecrübe ettikleri psikolojik zorlanmalar karşısında etkili çözüm üretme becerilerinin daha düşük olduğu, bir başa çıkma yöntemi olarak kendine zarar verme davranışına ve intihar girişimine daha sık yöneldikleri düşünülebilir. Şiddete maruziyet ve sosyodemografik veriler göz önünde bulundurulduğunda bu kurumlara başvuran kadınların özel bir grup oluşturduğu görülmektedir. Bu özel grupta intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri yerine daha işlevsel olabilecek psikolojik becerilerin geliştirilmesine yönelik yapılacak olan psikoterapötik müdahaleler önem kazanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kadına Yönelik Şiddet, Kadın Sığınmaevleri, Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)

İletişim Adresi: begumbildircinn@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF FEMALE INPATIENTS REFERRED FROM WOMEN'S SHELTERS AND CENTERS FOR PREVENTING AND MONITORING VIOLENCE

Dr Begüm BILDIRCIN SAKARYA

OBJECTIVE: The aim of this study is to investigate the clinical characteristics and sociodemographic data of hospitalized female patients referred from women's shelters and Centers for Preventing and Monitoring Violence, investigate the factors that may be related to violence exposure and suicide attempts.

METHOD: One hundred and fifty seven female patients referred from women's shelters and Centers for Preventing and Monitoring Violence (ŞÖNİM) and hospitalized at İstanbul Bakirkoy Mazhar Osman Mental Health and Neurology Training and Research Hospital between December 2016- December 2018 were included in our study. Information about from where women applied was obtained from the hospital's medical records. The study was planned as a retrospective file scan. As a data collection tool, a detailed form was prepared by the researcher for the purpose of the study, evaluating the clinical data and sociodemographic characteristics associated with the participants.

RESULTS: In our study, we found that 72,0% of the women has a history of exposure to violence. Among the cases, the rates of being exposed to psychological, economic, physical and sexual violence were %72,0, %72,0, %59,2 and %25,5 respectively. It was seen that all of the cases were exposed to at least two or more types of violence. Compared to the women without a history of violence, among the women with a history of violence the level of education was lower, the age of marriage was younger, the rate of marriage by her own decision was lower, the number of children was higher, the rate of living with extended families was higher, the rate of having health insurance was lower, frequency of self-harm behaviour and suicide attempt was higher, frequency of smoking, alcohol and psychoactive substance use was higher. No significant relationship was found between exposure to violence and psychiatric diagnosis, but it was found that women who were exposed to violence had a higher number of hospitalizations compared to women who were not exposed to violence. Among the women exposed to violence, women with suicide attempts and self-harm behavior had a higher incidence of sexual violence than women without suicide attempts and self-harm behavior. In the multivariate regression analysis, where all cases were included, women with a history of suicide were 6.804 times more likely to be self-injurious compared to women without a history of suicide (95% CI 3.067-15.094), and the probability of family type being extended family was found to be 3,373 times higher (95% GA 1,518-7,499).

CONCLUSION: Individuals who have been subjected to violence and applied to a shelter; it may be thought that they have lower ability to produce effective solutions

in the face of the psychological difficulties they experience in relation to this traumatic life, and that they are more likely to engage in self-harm behavior and suicide attempts as a coping method. When violence exposure and sociodemographic data are considered, it is seen that women who apply to these institutions constitute a special group. In this particular group, instead of dysfunctional coping methods such as suicide attempt and self-harm behavior, psychotherapeutic interventions to develop more functional psychological skills gain importance.

Key Words: Violence Against Women, Womens’s Shelters, Centers for Preventing and Monitoring Violence

Contact Address: begumbildircinn@gmail.com



V. KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- BAAK** : Başbakanlık Aile Araştırma Kurulu
- CEDAW** : Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
- ÇSHAB** : Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- İKB** : İlk Kabul Birimi
- KSE** : Kadın Sığınmaevi
- KSGM** : Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- SHÇEK** : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- ŞÖNİM** : Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 1	29
Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 2.....	30
Tablo 3: Hastaların Tanı Dağılımları	30
Tablo 4: Şiddete Maruziyet Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının Karşılaştırılması 1	33
Tablo 5: Şiddete Maruziyet Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının Karşılaştırılması 2.....	34
Tablo 6: Şiddete Maruziyet İle İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 7: Sigara, Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanımı ile Şiddete Maruziyet Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 8: Şiddet Maruziyetine Göre Yatış Süresi ve Yatış Sayısının Karşılaştırılması	36
Tablo 9: Şiddet Maruziyet Durumuna Göre Tanı Dağılımları.....	37
Tablo 10: Tüm Örneklemde İntihar Girişimi Bulunan ve Bulunmayan Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	39
Tablo 11: Şiddet Gören Grupta İntihar Girişimi ile İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	42
Tablo 12: İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranış Durumlarına Göre Cinsel Şiddet Sıklığının Karşılaştırılması	43
Tablo 13: Şiddet Türüne Göre İntihar Girişim Sıklığının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 14: Kadınlarda İntihar Öyküsünü Yordayan Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 15: Kadınlarda İntihar Öyküsünün Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu	47
Tablo 16: Şiddet Gören Kadınlarda İntihar Öyküsünü Yordayan Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	48
Tablo 17: Şiddet Gören Kadınlarda İntihar Öyküsünün Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu	49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın sığınmaevleri; şiddete uğrayan kadınların varsa çocuklarıyla birlikte gereksinimlerini karşılamak amacıyla geçici bir süre kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır (1).

Ülkemizde kadın sığınmaevlerinin öncelikli amacı şiddet mağduru kadın ve çocukların can güvenliğini sağlamaktır; ancak bu kuruluşlarda sadece şiddete maruz kalan kadınlar değil; boşanma, terk edilme, evlilik dışı çocuk sahibi olması sebebiyle ailesi tarafından kabul görmeyen, ceza evinden yeni çıkmış olup yardım ve destek ihtiyacı olan, eşin ölümü nedeniyle finansal ya da sosyal yoksunluk içine düşmüş, kontrolleri dışında oluşan çevre koşulları nedeniyle ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan kadınlar da kalabilmektedirler (2).

Kadın sığınmaevlerinde, hizmet alan kadınların temel ihtiyaçlarını karşılamının yanı sıra kadınların güçlendirilmesi ve sosyal hayata katılmaları açısından önemli çalışmalar yürütülmektedir (3).

6284 sayılı ‘Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun’ ile 2012 yılı itibariyle kadına yönelik şiddetle ilgili koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması, başvuruların tek çatı altında toplanması, rehberlik ve destek hizmetlerinin verilmesi ve koordinasyon sağlanması için hizmet vermek üzere ŞÖNİM’ler (Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi) hizmet vermeye başlamıştır. ŞÖNİM’lerde kadına şiddetin önlenmesi için güçlendirici ve destekleyici danışmanlık, rehberlik, yönlendirme ve izleme hizmetleri verilmesi amaçlanmıştır (4).

Kadına yönelik şiddet; temel insan hak ve özgürlüklerinin ihlali olup, coğrafi sınırlar, kültür, ekonomik gelişmişlik ve öğrenim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada son derece yaygın görülen, gün geçtikçe daha çok tartışılır hale gelen, çok boyutlu bir toplumsal sorundur. 1993 yılında, Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’nde kadına şiddet; ‘ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek

olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma' şeklinde tanımlanmıştır. Şiddet en fazla kadınlara karşı uygulanmaktadır (5,6). DSÖ'nün 2013 yılındaki raporuna göre; dünyada kadınların yaklaşık üçte biri (%35) şiddete maruz kalmaktadır (7).

Kadına şiddet literatürde; fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır (8,9). Fiziksel şiddet; tekmeleme, tokatlama, yumruklama, ateşli ya da kesici silahla yaralama gibi kaba kuvvetin korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır (8,9). Cinsel şiddet; kadının istemediği yer ve zamanda cinsel ilişkiye girme, cinsel organına zarar verme, tecavüz korkusu yaşatma, ilişki sırasında rızası dışında acı veren cinsel objeler kullanma gibi cinselliğin bir tehdit, sindirme ya da kontrol amacıyla kullanılmasıdır (8,9). Psikolojik şiddet, duyguların ve duygusal hareketlerin, bireye baskı ve denetim uygulamak amacıyla istismar edilmesi, böylece bir tehdit ve yaptırım aracı olarak kullanılması anlamına gelmektedir (8,9). Ekonomik şiddet ise; kadının çalışmasına, tasarruf yapmasına, mal edinmesine izin vermeme, çalışıyorsa da parasına el koyma veya mallarına el koyma, az bir harçlık vererek yetinmesini bekleme, yetmeyince kızma, erkeğin kendi kazancı veya geliri hakkında bilgi vermemesi ve bu geliri yalnızca kendi istediği yerlere harcaması, ailenin taşınır ve taşınmaz mallarının erkekler üzerine yapılması, istemediği işlerde çalışmasına zorlanması, ailenin parasının nasıl harcanacağı konusunda söz hakkı olmaması gibi kadının ekonomik faaliyetlerine, davranışlarına ve özgürlüklerine ciddi kısıtlamalar getiren davranışları içeren şiddet türüdür (8,9).

Altınay ve Arat tarafından 2007 yılında yapılan araştırma sonucunda; kadınların %35'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, %14'ünün en az bir kez istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı, cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin %67'sinin aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığı, eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gören kadınların oranının azaldığı bildirilmiştir (10). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda geniş aile ile yaşayan kadınların, çekirdek aile tipine sahip kadınlardan daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığı (11,12)-14); erken yaşta, görücü usulü ya da kaçarak evlenen kadınlardaki şiddet oranının anlaşarak evlenen kadınlardaki şiddet oranından daha yüksek olduğu (15-19) gösterilmiştir.

Şiddete maruz kalma; baş ağrısı, boyun ve sırt ağrısı, pelvik ağrı, jinekolojik hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonları gibi fiziksel hasara sebep olduğu kadar psikiyatrik hastalıklar geliştirme açısından da yüksek risk oluşturmaktadır (20-24). Depresyon (25,26), travma sonrası stres bozukluğu (20), uyku bozuklukları (21), dissosiyatif bozukluklar (22), somatik yakınmalar (21), intihar girişimi (23), anksiyete bozuklukları (28), yeme bozuklukları (29), cinsel işlev bozuklukları (30,32), kendine zarar verme davranışı (26) ile sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımının (30,35) şiddet görme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Vahip ve Doğanavşargil tarafından psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %62'sinin evliliklerinde fiziksel şiddet gördüğü, fiziksel şiddet gören kadınların da %73,9'unun depresyon, %6,5'inin ise kaygı bozukluğu tanısı aldığı ortaya çıkmıştır (11).

Şiddet maruziyetinin psikiyatrik hastalıkların başlaması ya da rekürrensi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (28). 41 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, depresyon (29), anksiyete bozuklukları (30), distimi (31), travma sonrası stres bozukluğu (32), obsesif kompulsif bozukluk (33), yeme bozuklukları (34), dissosiyatif bozukluklar (35) şizofreni ve affektif komponenti olmayan psikoz (36), bipolar bozukluk (37) gibi herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda şiddete maruziyet riskinin herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kadınlara kıyasla arttığı saptanmıştır (38).

Kadının toplumdaki statüsü göz önüne alınırsa kadının şiddete tepki vermesi, şiddeti çevresi ile paylaşması ve o birliktelikten uzaklaşması uzun zaman alabilmekte ve kadınlar çoğu zaman şiddeti paylaşmamaktadır (10). Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınların %44'ü maruz kaldıkları şiddeti bir kişiye ya da kuruma anlatmadıkları (39); başka bir çalışmada ise kadınların %22 sinin şiddet karşısında sustuğu gösterilmiştir (40). 2014 yılındaki Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre kadınların büyük bir bölümünün hukuki hakları konusunda bilgi sahibi olmadığı ortaya çıkmıştır (41). Şiddeti kabullenici düşünce tarzının şiddete maruziyet riskini arttırdığı bilinmektedir (42).

Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%70) şiddet görmelerine rağmen evlerini hiç terk etmedikleri görülmüştür (43). Kadının evinden ayrılması finansal, kültürel, hukuki, sosyal ve duygusal birçok faktör ile ilişkilidir (44).

Kadın genelde kendisi ve çocuğunun can güvenliğinden endişe ettiği zaman şiddet ortamını terk etmektedir (45), bu aşamada başvurabileceği güvenli kurumların ve kamu görevlilerinin olması önemli ve gereklidir. Bu noktada kadınların güvenli bir ortamda barınmasını ve güçlenip tekrar hayata katılmasını sağlamayı amaçlayan kadın sığınmaevleri ile danışmanlık, rehberlik ve yönlendirme hizmetlerinin verildiği ŞÖNİM'lerin önemi ortaya çıkmaktadır (46).

Türkiye'de ve dünyada son yıllarda şiddet olayları artma eğilimi göstermektedir. Küresel bir sorun olan kadına yönelik şiddet, ülkemizde de mücadele edilmesi gereken ciddi bir toplumsal sorundur. Bu soruna karşı üretilen çözüm yollarından biri olan kadın sığınmaevlerinin ve şiddeti önleme ve izleme merkezlerinin önemi giderek artmaktadır.

Bu kurumlardan hizmet alan kadınların çeşitli endikasyonlarla psikiyatri kliniklerine yattığı görülmüştür (47). Hastanemize de bu kurumlardan hasta yönlendirilmekte, bu hastalardan gerekli görülenlerin tedavisi yatırılarak yapılmaktadır. Bu kadınlar özel bir grup olarak görülmektedir, bu kadınların gereksinimleri ve özellikleri farklılık göstermektedir. Şiddet mağduru kadınların sosyodemografik verileri, psikiyatrik tanıları, klinik özellikleri gibi verilerin değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Ancak ülkemizde sığınmaevlerinde kalan kadınların psikiyatrik hastalıkları ile ilgili çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır (54-57). Sığınmaevlerinde kalan ve hastaneye yatan kadınlar ile ilgili çalışmaya ise literatürde rastlanmamıştır. Bu hastaların sosyodemografik özellikleri ile birlikte klinik özelliklerinin belirlenmesi, klinik ihtiyaçları konusunda bilgi sağlayacak ve yapılacak olan koruyucu ve tedavi edici psikiyatrik/ruhsal destek programlarına ışık tutacaktır.

Yatan hastalarda en sık tanının depresyon olacağı, şiddet görme öyküsünün artan intihar girişimi ile ilişkili olduğu, tüm grupta şiddet görenlerin oranının şiddet görmeyenlere göre daha yüksek olacağı, şiddet gören grupta şiddet görmeyen grup ile karşılaştırıldığında eğitim düzeyinin düşük, genç yaşta ve kaçarak ya da görücü usulü evlenme oranı yüksek, geniş aile ile yaşama oranının yüksek olacağı çalışmamızın hipotezleridir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN SİĞİNMAEVLERİ

Kadın sığınmaevleri; şiddete uğrayan kadınların varsa çocuklarıyla birlikte gereksinimlerini karşılamak amacıyla geçici bir süre kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır (1).

Dünyada ilk kadın sığınmaevi 1968 yılında Norveç'te açılmıştır (6). 1971 yılında İngiltere'de, 1974'te Almanya'da, ardından Fransa, İsviçre, İsveç ve Avusturya'da kadın sığınmaevleri açılmaya başlanmıştır (49).

Ülkemizde ilk kez 17 Mayıs 1987'de 'Dayağa Hayır' yürüyüşü ile kadınların şiddete karşı toplu tepkileri gündeme taşınmıştır. Türkiye'de kadın hareketi sonraki yıllarda hızlı bir gelişim göstermiş, aile içi şiddet konuşmaya, tartışılmaya başlanmış, kadına şiddet konusunda dikkat çekilmiş ve bununla ilgili olumlu adımlar atılmaya başlanmıştır. Şiddetin sadece ev içinde yaşanan, paylaşılmaması gereken bir özel bir sorun olmadığına vurgu yapılmıştır (50-53). 1987 yılında başlayıp 1989 yılına kadar süren 'Dayağa Karşı Kadın Dayanışması' kampanyasının bir ürünü olarak, aile içinde ya da dışında şiddete maruz kalmış kadınlara sığınma ve korunma imkanı sunmak, şiddet yaşayan kadına yeni yaşam alanları oluşturmak ve bunu kadın dayanışması ile yapmak amacıyla 1990 yılında 'Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı' kurulmuştur. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 1990 yılında 'kadın misafirhanesi' adındaki sığınmaevlerini açmaya başlamış, belediyeler de bunu takip etmiştir (10). Yerel yönetimlere bağlı kadın sığınmaevlerinin ilk örnekleri Bakırköy ve Şişli belediyelerince açılmıştır (51). 12 Temmuz 1998 tarihli resmi gazetede konukevleri ile ilgili yönetmelik yayımlanmış ve bu kuruluşlarda hizmet verilmesi resmiyet kazanmıştır (52).

Türkiye'de kadına şiddetin önlenmesi ve izlenmesinde görevli en önemli kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığıdır. Bu bakanlığın ismi, son olarak Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname

No 1)'nin 65. maddesi ve devamında Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı (ÇSHAB) şeklinde değiştirilmiştir (53). ÇSHAB verilerine göre, ülkemizde Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'ne (KSGM) bağlı 110, belediyelere bağlı 32, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'ne bağlı 1 ve Mor Çatı'ya bağlı 1 tane olmak üzere 144 kadın sığınmaevleri bulunmakta ve 3 bin 454 kişilik kapasite ile hizmet vermektedir (54). Ülkemizde kadınsığınmaevlerinin öncelikli amacı şiddet mağduru kadın ve çocukların can güvenliğini sağlamaktır; ancak bu kuruluşlarda sadece şiddete maruz kalan kadınlar değil; boşanma, terk edilme, evlilik dışı çocuk sahibi olması sebebiyle ailesi tarafından kabul görmeyen, ceza evinden yeni çıkmış olup yardım ve destek ihtiyacı olan, eşin ölümü nedeniyle finansal ya da sosyal yoksunluk içine düşmüş, kontrolleri dışında oluşan çevre koşulları nedeniyle ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan kadınlar da kalabilmektedirler (2).

Örneğin, Ankara ilinde bulunan ÇSHAB'na bağlı 4 sığınmaevinde kalan kadınlarla yapılan bir çalışmada başvuru sebepleri değerlendirilmiş, kadınların %57,1'inin şiddet, %21,4'ünün ise sosyoekonomik sebeplerle başvuru yaptığı saptanmıştır (54).

Kadın sığınmaevlerinde, kadınlara yeniden şiddet ortamına dönmek durumunda kalmayacağı çözümler üretene kadar geçici bir barınma olanağı sunulurken; sağlık hizmetleri, psikolojik destek hizmetleri, hukuki bilgilendirme ve destek, eğitim ve meslek edindirme, geleceğin planlanması gibi hizmetlere ek olarak; çocuklarla iletişim, ebeveynlik, sosyal faaliyetler gibi farklı konularda da hizmetler verilerek kadının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır (3). Sığınmaevinde kalma süresi 6 ay olmakla birlikte kurumda kalma süresi sosyal çalışmacı ile kadının çocuğu var ise çocuk gelişim uzmanının görüşü alınarak, değerlendirme komisyonu tarafından uzatılabilir (55).

2.2. ŞÖNİM (ŞİDDETİ ÖNLEME VE İZLEME MERKEZİ)

'Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun' isimli 6284 sayılı yasanın 8 Mart 2012 tarihinde uygulamaya girmesiyle hayata geçen ŞÖNİM'ler, şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin bir

biçimde uygulanması için güçlendirici ve destekleyici danışmanlık, rehberlik, yönlendirme ve izleme hizmetlerinin verildiği ve kadın personelin çalıştığı, yedi gün yirmi dört saat hizmet veren merkezlerdir. Kadınların olayları farklı merkezlerde birçok kez anlatıp tekrar tekrar travmatize olmalarını engellemek için ŞÖNİM’lerde tüm birimlerin tek çatı altında toplanması hedeflenmiştir (4).

Sığınmaevine kabulünü isteyen şiddet mağduru kadınlar kolluk kuvvetleri tarafından, ihbarla, Alo 183 hattını arayarak ya da bireysel başvuru yaparak Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezleri’ne yönlendirilirler. Merkeze gelen kadınlar ilk olarak sosyal çalışmacı, psikolog, sosyolog ya da çocuk gelişimci gibi gerekli uzman personelle görüşürler ve kendisi ile ön görüşme formu doldurulur. Bu görüşmelerden ve ön görüşme formundan edinilen bilgiler doğrultusunda kadın ve varsa çocukların ihtiyaçları belirlenir (4). Gerekli görülen durumlarda sosyal inceleme raporu da hazırlanır. Daha sonra barınma ihtiyacı saptanan kadınlar ilk kabul birimine yönlendirilirler. Sosyal inceleme raporu sonucuna göre veya ŞÖNİM’de verilen karar doğrultusunda kadının bulaşıcı ve sürekli bakım isteyen tıbbi bir hastalığı bulunmadığı, akıl sağlığının yerinde olduğu, alkol veya madde bağımlısı olup olmadığına dair sağlık raporu istenir (56). İlk kabul biriminde psikiyatrik desteğe ihtiyacı olduğu gözlemlenen kadınların hakkında psikiyatri uzmanından alınacak “toplu yaşanan yerde kalabileceğine dair rapor” doğrultusunda uygun kadın sığınmaevine kabulleri yapılır. Hakkında gizlilik kararı verilmekle beraber sığınma evine kabulü yapılan kadınlara ŞÖNİM tarafından kodlu kimlik kartı hazırlanır. Kadın sığınmaevlerinin adresleri yönetmelik gereğince gizli tutulur, yazışmalarda ŞÖNİM’in adresi kullanılır (57).

ŞÖNİM’ler şiddet mağduru kadınların başvuru sonrası yerleştirildikleri ilk kabul birimi (İKB), ihbarların alındığı Alo 183 hattı sorumluları, sığınmaevleri ve gerektiğinde bakanlıklarla koordineli olarak çalışır. İhmal ve istismar olaylarına anında müdahale edebilmek, gerekli psikolojik, sosyal ve yasal işlemlerin başlatılmasını sağlamak ve kamuoyunu bu konuda duyarlı hale getirmek için 2002 yılından bu yana acil ALO 183 (acil yardım hattı) kullanılmaktadır.

ŞÖNİM’ler sağladıkları koruyucu hizmetlerin yanı sıra kadınların sığınmaevi ve sonraki süreçlerinin organize edildiği yerler olması bakımından oldukça

önemlidir. İhtiyaca yönelik; finansal destek, korunma ve barınma desteği, sığınmaevinden ayrılan kadınlar için eşya, çalışmak isteyen kadınların iş bulmasına destek, boşanmak isteyen kadınlara hukuki destek gibi birçok hizmet veren ŞÖNİM'ler 49 ilde çalışmalarını sürdürmektedir (58).

Kadının şiddet ortamından uzaklaşmasında ve şiddetten uzak yeni bir hayat kurmasında Türkiye ve dünyada sığınmaevleri ve ŞÖNİM'ler merkezi bir rol oynamaktadır.

2.3. ŞİDDET

2.3.1. Şiddet Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre şiddetin sözlük karşılığı “bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik, hız, bir hareketten doğan güç, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu veya davranışta aşırılık”tır (59).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti “kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, az gelişmişlik veya yoksunlukla sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan) kasıtlı kuvvet kullanımı veya kuvvet kullanma tehdidi” olarak tanımlamıştır (60). Şiddet olgusu, bireysel ya da toplumsal boyutta çok farklı biçimlerde ve sık ortaya çıkmaktadır. Şiddetin dünyada giderek artan ve önüne geçilemeyen bir toplumsal sorun olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (10,61,71).

2.3.2. Şiddet Türleri

DSÖ'nün Şiddet ve Sağlık Konulu Dünya Raporu'nda, şiddet davranışları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

Kendine Yöneltilmiş Şiddet: Şiddetin uygulayıcısının da hedefinin de kişinin kendisi olduğu; intihar düşüncesi, intihar girişimi, kendini yaralama ya da kesme gibi davranışlardır.

Kişiler Arası Şiddet: Aile, yakın kişilerle ilgili ve genellikle evde olan şiddet ile toplumda tanıdık ya da yabancılardan olan şiddet olmak üzere iki şekilde görülebilir.

Kolektif Şiddet: Kitlesele ve sistematik olarak uygulanan şiddet türüdür. Sosyal, ekonomik ve politik olmak üzere üçe ayrılır. Organize gruplarca yapılan nefret suçları, terörist saldırıları, kan davaları, mafya ve çete çatışmaları gibi planlı ve belirli bir sosyal amaç çerçevesinde oluşturulan şiddet kolektif şiddettir (60).

2.4. KADINA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI

Şiddetin en yaygın biçimlerinden olan kadına yönelik şiddet; özel hayatta ya da toplum içerisinde yaşanabilen, kadınların fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesi ile sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali olan her türlü eylemdir (63). DSÖ kadına yönelik şiddeti cinsiyete dayanan kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış olarak tanımlamıştır (60).

Kadına şiddet doğum öncesi dönemde başlar; sahip olunacak bebeğin cinsiyetinin seçimi, kız bebeklerin isteyerek düşürülmesi, kız çocuğunun öldürülmesi, kız çocuklarına yönelik psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet, beşik kertmesi, zorla evlendirilme, başlık parası, çocuk yaşta evlendirilme, kadın sünneti, ensest, çocuk pornografisi, yetişkinlik döneminde partnerin uyguladığı şiddet, iş yerinde cinsel saldırı, ekonomik baskı, çocuk doğurmaya zorlama, çocuk doğurmayınca aşağılama, gebelikte şiddet ve şiddet sonucu ölüme kadar kendini göstermektedir (64).

Farklı şekillerde ve anlamlarda maruz kalınan ve her toplumda mücadele edilen sosyal sorunların başında gelen şiddet maalesef en fazla kadınlara uygulanmaktadır (5,6). Genel nüfus tabanlı araştırmalar ve epidemiyolojik çalışmalarda, kadınların şiddetin her türlü biçimine yaygın bir biçimde maruz kaldığı bildirilmiştir (65). Kadına şiddet; duygusal baskı, dayak, gebelikte şiddet, ekonomik baskı, tecavüz, kadın ticareti ve ölüme kadar uzanan çok farklı türlerde karşımıza

çıkabilen eylemlerdir (66). Kadınları temel hak ve özgürlüklerinden mahrum bırakmakta ve toplumdaki işlevselliğinin önünde bir engel teşkil etmektedir.

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için sivil toplum örgütlerince başlatılan mücadelenin uluslararası düzeye ulaşması 20. yüzyılla birlikte başlamıştır. Birinci Dünya Kadın Konferansı 1975 yılında Mexico City’de gerçekleştirilmiştir. Ardından 1980 yılında Kopenhag’da, 1985 yılında Nairobi’de ve 1995 yılında Pekin’de düzenlenmiş olan konferanslar, kadın erkek eşitliliğinin konuşulması ve kadına yönelik şiddetle mücadelenin ülkelerin gündemine girmesine önemli katkı sağlamıştır.

Kadına şiddetle mücadelede en önemli sözleşmelerden biri, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)’dir. 1979’da kabul edilen ve Türkiye’nin de taraf olduğu sözleşme, kadın erkek eşitliğini sağlama ve kadına yönelik ayrımcılığı önleme konusundaki yükümlülükleri ayrıntılı ortaya koymuş, taraf devletlere herhangi bir kişi örgüt ya da kuruluş tarafından kadına karşı uygulanan ayrımcılığın önüne geçilmesi için gereken tüm önlemleri almaları konusunda yükümlülükler vermiştir (67).

1993 yılında, Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’nde kadına şiddet; ‘ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma’ şeklinde tanımlanmıştır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda kadına yönelik şiddet; aile içi şiddet ve eş/partner şiddeti olarak ayrı ayrı sınıflandırılmaya başlanmıştır. Aile içi şiddet, cinsel ilişki ya da kan bağı ile bağlı bireyler arasında gerçekleşen tehdit, dayatma ya da kontrol içeren, duygusal, ekonomik ya da fiziksel zarara yol açan her türlü saldırgan davranış olarak tanımlanmaktadır (68). Şiddetin kişilerarası düzlemde görülen bir türüdür; eş, çocuk ya da yetişkinlere karşı olabilir.

Aile içinde meydana gelen cinsiyete dayalı tehdit, dayatma ya da kontrol içeren, psikolojik, ekonomik ya da fiziksel hasara yol açabilen eylemler kadına yönelik aile içi şiddet olarak tanımlanmaktadır (68). Sadece Türkiye’de değil

dünyada da kadınlar şiddeti en çok ailesinin içinde yaşamaktadır (10,69,77). Eş ya da partnerler şiddeti en fazla uygulayanlar olarak karşımıza çıkmaktadır (78,79).

2.4.1. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Kadın anne karnından yaşamının sonuna kadar olan süreçte çeşitli şiddet türlerine maruz kalmaktadır. Kadına yönelik şiddet literatürde; fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir (8,9).

2.4.1.1. Fiziksel Şiddet

Kaba kuvvetin korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Fiziksel olarak ya da zor kullanarak başka bir kişiye zarar vermeyi ya da istemediği bir eylemde bulunmasını amaçlayan şiddet türüdür (8,9).

Hırpalama, tekmeleme, yumruklama, tokat atma, kolunu bükme, boğazını sıkma, bağlama, saçını çekme, kesici ya da ateşli silahla yaralama en çok karşımıza çıkan fiziksel şiddet türleridir. Bunlara ek olarak; yakmak, sigara söndürmek, sakat bırakmak, işkence yapmak, sağlıksız koşullarda yaşamaya mecbur bırakmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmasına engel olmak ve kişinin bedensel bütünlüğünün zarar görmesine yol açan her türlü hareket fiziksel şiddet kapsamında değerlendirilir (72). Fiziksel şiddetin, bedende hafif yaralanmadan ağır yaralanmaya, özürülük ve ölüme kadar değişen sonuçları vardır (73).

2.4.1.2. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ya da kontrol amacıyla kullanılmasıdır (8,9).

Cinsel hedefli olsun olmasın, kadına kendi isteği dışında yöneltilen her cinsel içerikli söz veya eylem de cinsel şiddet kapsamında değerlendirilir (74). Kadını istemediği cinsel davranışa zorlama, seks işçisi olmaya zorlama ya da satma, istemediği yer ve zamanda cinsel ilişkiye girme, cinsel organına zarar verme, ensest, tecavüz korkusu yaşatma, ilişki sırasında rızası dışında acı veren cinsel objeler kullanma, cinsel eylem sırasında aşağılayıcı ve küçük düşürücü eylemlerde bulunma cinsel şiddet örnekleridir (72).

2.4.1.3. Psikolojik/Duygusal Şiddet

Psikolojik şiddet, duyguların ve duygusal hareketlerin, bireye baskı ve denetim uygulamak amacıyla istismar edilmesi, böylece bir tehdit ve yaptırım aracı olarak kullanılması anlamına gelmektedir (8,9).

Duygusal ve sözel istismarı içeren, bireyin davranışlarını kısıtlayarak kendisini aşağılanmış, hor görülmüş ve kötü hissetmesine sebep olacak davranışlardır. Psikolojik şiddet örnekleri şu şekilde sıralanabilir; sözel tehditler, aşağılama, kadını küçük düşürücü sözler söyleme, küfür, hakaret etme, aile ve çevresiyle görüşmesini engelleme, çocuklara zarar vermekle korkutma, ihmal etme, kendine olan güvenini ve beğenisini yok etme, kötü bir anne olmak ile suçlama, yetersizlik ve suçluluk duygusu uyandırma (75).

Psikolojik şiddet, kültürler ve ülkeler arasında farklı tanımlanabilmektedir. Örneğin; Vietnam'daki bir çalışmada cinsel ilişkiye zorlama, Afrika'da ise kadının evden çıkmasına izin vermeme gibi olaylar psikolojik şiddet sınıfına dahil edilebilmektedir (76).

Şiddet, yalnızca 'fiziksel zarar' olarak açıklanamayacak kadar geniş bir kavramdır. Psikolojik şiddet, fiziksel şiddet gibi görünürde iz bırakmadığından daha az benimsenmiştir; ancak bireyde ya da toplumda fiziksel şiddetten daha derin ve kalıcı etkiler bırakabilmektedir (27). Fiziksel şiddet azalsa dahi psikolojik şiddet sürebilmekte ve fiziksel şiddetin hatırlatıcısı olabilmektedir (77).

2.4.1.4. Ekonomik Şiddet

Kadının çalışmasına, tasarruf yapmasına, mal edinmesine izin vermeme, çalışıyorsa da parasına el koyma veya mallarına el koyma, az bir harçlık vererek yetinmesini bekleme, yetmeyince kızma, erkeğin kendi kazancı veya geliri hakkında bilgi vermemesi ve bu geliri yalnızca kendi istediği yerlere harcaması, ailenin taşınır ve taşınmaz mallarının erkekler üzerine yapılması, istemediği işlerde çalışmasına zorlanması, ailenin parasının nasıl harcanacağı konusunda söz hakkı olmaması gibi kadının ekonomik faaliyetlerine, davranışlarına ve özgürlüklerine ciddi kısıtlamalar getiren davranışları içeren şiddet türüdür (8,9).

Şiddet nedeniyle yapılan adli başvurularda darp raporu fiziksel ve cinsel şiddete ilişkin bulguları temel almaktadır, bu durum yaygınlığı son derece yüksek olan ekonomik ve psikolojik şiddetin, fiziksel ya da cinsel şiddete eşlik etmediğinde saptanmasının engellenmesine ve kadınların bu sorun ile baş başa kalmasına neden olmaktadır (78).

2.5. KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN SEBEPLERİ ‘EKOLOJİK MODEL’

Kadına yönelik şiddet araştırmalarında sıklıkla ‘Ekolojik Model’ temel alınmaktadır. Ekolojik model Heise tarafından 1998’de geliştirilmiştir. Bu modelde; bireysel, ilişkisel, topluluk ve toplumsal / kültürel olmak üzere şiddete neden olan risk faktörleri 4 farklı kategoride açıklanmaktadır (79).

En içteki halka bireyin şiddete maruz kalma ya da şiddet uygulama riskini arttıran, düşük eğitim düzeyi, aile ve/veya arkadaş çevresinin olmaması, düşük gelir düzeyi, çocuklukta şiddete ve istismara maruz kalma, babanın olmaması, alkol kullanma veya madde bağımlısı olma, yaş, dışlanmış bir topluluğun üyesi olma gibi bireyin kişisel özelliklerini temsil etmektedir.

İkinci halka; evlilikte çatışma, eşler arasında gelir ve eğitim düzeyi farklılıkları, aile içinde erkeğin finansal kaynak ve kararlar üzerindeki kontrolü gibi ilişkinin özelliklerini temsil eder.

Üçüncü halka; ailenin yaşadığı yerleşim birimi, çekirdek/geniş aile gibi aile türleri, yakın çevrenin şiddete karşı tutumu gibi sosyal etkenleri içerir.

Son halka ise; kadının davranışları üzerinde hakimiyet kuran normlar, çatışmalara çözüm yöntemi olarak şiddete başvurma, saldırganlık, ataerkil toplum düzeni, toplumsal cinsiyet temelli roller gibi toplum özelliklerini temsil etmektedir.

Ekolojik model kişisel, durumsal ve sosyokültürel etkenleri bir arada incelediğinden kadına yönelik şiddetle mücadelede temel bir anlayış sağlar (79,89). Bu model doğrultusunda, şiddetin birden fazla risk etmeninin kendi içinde etkileşime girmesi sonucunda ortaya çıktığı ve şiddetle mücadelede yasal, sosyal, ekonomik ve kişisel birçok etmene müdahale edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.6. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Önüne geçilemeyecek şekilde kişilerin hayatını, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen şiddet; yaş, din, millet ayrımı olmaksızın ülkemizde ve dünyada tüm türleriyle farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Yılda 1,6 milyondan fazla insanın şiddet sebebiyle hayatını kaybediyor olması tehlikenin büyüklüğünün kavranmasında büyük önem taşımaktadır (81). Şiddet algısının bireye, toplumlara ya da kültürlere göre değişmesi, kadına yönelik şiddet yaygınlığının saptanmasının önünde engel teşkil etmektedir (82).

DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı ve dünya genelinde 48 araştırma verisinin incelendiği raporunda kadınların %10-69'unun eşleri ya da partnerleri tarafından en az bir defa fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (60). DSÖ'nün 2013 yılındaki raporunda; kadının en çok şiddete maruz kaldığı kıtanın Afrika olduğu, bu kıtadaki kadınların %45,6'sının fiziksel ya da cinsel şiddete uğradığı, Avrupa kıtasının genelinde ise bu oranın %32,7 olduğu tespit edilmiştir (7).

Kadın cinayetleri, diğer adı ile femisid, tüm ülkelerde varlığını sürdüren önemli bir sorundur, DSÖ dünya genelinde kadın cinayetlerinin %38'inin eş, %6'sının erkek arkadaş ya da partner tarafından işlendiğini raporlamıştır (83).

DSÖ tarafından 10 ülkede (Bengladeş, Etiyopya, Japonya, Brezilya, Peru, Namibya, Samoa Ada Grubu, Sırbistan, Karadağ, Tayland, Tanzanya) gerçekleştirilen araştırmada 24.000 kadın ile görüşülmüş, kadına yönelik her tür şiddetin çok yaygın olduğu görülmüştür. Bu çalışmada fiziksel şiddet yaygınlığı için %13-61, cinsel şiddet yaygınlığı için %6-59, ruhsal şiddet yaygınlığı için ise %20-75 arasında değişen oranlar saptanmıştır, çalışmaya katılan kadınların yaklaşık %47'si ilk cinsel ilişkilerinin zorla olduğunu belirtmişlerdir (84).

Kadınlara karşı şiddet konusunda en kapsamlı kabul edilen anket, 2012 yılında Avrupa Birliği'ne üye ülkeleri içeren 42.000 kadın ile yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Bu araştırmada AB'de kadınların %33'ünün eşlerinden veya birlikte oldukları kişilerden fiziksel, psikolojik ve/veya cinsel şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada Danimarka şiddet oranının en yüksek olduğu ülke, Polonya ise şiddet oranının en düşük olduğu ülke olarak saptanmıştır (85).

Uluslararası af örgütünün raporuna göre; üç kadından biri herhangi bir şiddet türüne genellikle ailesi ya da tanıdığı insanlar tarafından maruz kalmaktadır (86).

Şiddetin yaygınlığının saptanması için Türkiye’de yapılan ilk kapsamlı çalışma Başbakanlık Aile Araştırma Kurulu (BAAK) tarafından hem kırsal hem kentsel kesimi temsil edecek şekilde 4287 hanede, 1993-1994 yıllarında yapılan ‘Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları’ araştırmasına göre; kadına yönelik aile içi şiddet yaygınlığı %35 oranında saptanmıştır (87).

Ülkemizde yapılan bir sonraki büyük araştırma Altınay ve Arat tarafından 2007’de 56 ilde 1800 kadınla görüşülerek yapılmıştır, araştırma sonucunda kadınların %35’inin, yaşamları boyunca en az bir kez eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı ve %14’ünün en az bir kez istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı, cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin %67’sinin aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıkları bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada Türkiye’nin Doğu bölgelerindeki kadınların %39’unun fiziksel şiddete, Orta/Batı bölgelerinde ise %33’ünün fiziksel şiddete uğradıkları, eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gören kadınların oranının azaldığı, okuma yazma bilmeyen kadınlarda en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlarda bu oranın %12 olduğu, tanışıp anlaşarak ailelerin onayıyla evlenenlerin %28’inin, görücü usulüyle evlenenlerin ise % 37’sinin en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını ancak bu oranın, ailelerin onayını almadan kendileri tanışıp anlaşarak evlenenlerde % 49 olduğu bildirilmiştir (10).

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda geniş aile ile yaşayan kadınların, çekirdek aile tipine sahip kadınlardan daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (11-14).

Erken yaşta, görücü usulü ya da kaçarak evlenen kadınlardaki şiddet oranının anlaşarak evlenen kadınlardaki şiddet oranından daha yüksek olduğu gösterilmiştir (15-17,19).

Yüksek öğrenim düzeyi, yüksek sosyoekonomik düzeyin şiddete karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (13,14,97). Aynı zamanda ekonomik özgürlüğü olmayan ve eğitim düzeyi erkeklere göre düşük olan kadınlarda şiddete maruziyet

riskinin arttığı gösterilmiştir (74). Fazla sayıda çocuk sahibi olmanın şiddete maruziyet riskini arttırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (98-100).

KSGM'nin 2008 yılında ülke genelinde 12.000'den fazla kadınla gerçekleştirdiği çok merkezli ve kapsamlı çalışmada, fiziksel şiddet yaygınlığı %39 olarak bildirilmiş ve yine aynı çalışmada on kadından birinin hamilelik döneminde şiddet gördüğü saptanmıştır (93). Aynı çalışmada kadınların genellikle evliliklerinin ilk aylarında şiddete maruz kalmaya başladığı ve bunun uzun yıllar devam ettiği de tespit edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2014 yılında KSGM ile birlikte yürüttüğü ve 2008 yılında yine KSGM tarafından yapılan çalışmanın devamı niteliğinde olan geniş örneklemlili Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre Türkiye'de yaşayan kadınların fiziksel ya da cinsel şiddetten en az birine maruz kalma oranı %38 olarak saptanmıştır. Yaşamlarının herhangi bir döneminde psikolojik şiddet görme oranının %44, ekonomik şiddet oranının ise %30 olduğu, her on kadından yaklaşık üçünün en az bir defa ısrarlı takibe maruz kaldığı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada erken yaşta yapılan evliliklerde şiddetin iki katına çıktığı tespit edilmiştir (41).

Her yıl yayımlanan Dünya Ekonomik Forumu'nun Küresel Cinsiyet Eşitsizliği Raporu'nda 2016 yılında Türkiye'de kadınların yaşamları boyunca cinsiyete dayalı fiziksel şiddete maruz kalma riski %42 olarak bildirilmiştir (94).

Sivas ilinde psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlarla yapılan bir çalışma, kadınların %57'sinin fiziksel, %36'sının duygusal, %32'sinin ekonomik, %30,7'sinin cinsel maruz kaldığı tespit edilmiştir (95).

Edirne şehir merkezinde 306 kadınla yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %54,6'sı psikolojik, %30,4'ü fiziksel, %19,3'ü ekonomik ve %6,3'ü cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Yine aynı çalışmada görücü usulü evlenmenin kadına yönelik aile içi şiddet riskini 2,5 kat artırdığı, kaçarak ya da kaçırılarak evlenmenin ise riski 4 kat artırdığı saptanmıştır (63).

Kırklareli merkezde yaşayan 900 kadının sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir başka çalışmada kadınların %43,4'ünün en az bir şiddet türüne maruz kaldığı; %18,4'ünün fiziksel, %13'ünün duygusal, %2,9'unun cinsel, %30,2'sinin sözel ve %8,9'unun ekonomik şiddete maruz kaldığı, çalışmayan kadınların şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (40).

Şiddetin farklı alt türleri tanımlansa da herhangi bir tür şiddete maruziyet diğer şiddet türlerine maruz kalma riskini arttırmaktadır (21). Şiddet ile ilgili çalışmalarda ortak bulgulardan biri şiddetin tekrarlayan bir doğaya sahip olmasıdır (96). Ağır şiddet biçimlerinin, orta şiddet biçimlerine göre daha çok tekrar edici olması korkutucudur (97). Bunlarla beraber şiddet türleri arasında kesin bir çizgi olmadığı, genellikle bir arada buldukları, bir şiddet türünün varlığının diğer şiddet türlerinin de yaşandığına işaret edebileceği de bildirilmiştir (57,106). Birden fazla şiddet türüne maruz kalmanın ve tekrarlayan şiddet mağduriyetinin akıl sağlığı üzerinde daha ciddi sonuçları olmaktadır (99).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsel şiddet oranının %9-15 olduğu bildirilmiştir (87)(39). Yine KSGM tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada kadınların %30'u evlilikte kadını cinsel ilişkiye zorlamanın bir suç olduğunu bilmediklerini dile getirmişlerdir (41). Kadının yaşadığı toplumun kültürü, mevcut yasal düzenlemeler, eğitim ve sosyoekonomik durumuna göre şiddete bakış açısı değişmektedir (100).

Şiddet içeren davranışların 'şiddet' olarak tanımlanmaması kadına şiddet ile mücadelenin önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Sakarya ilinde yapılan bir araştırmada, kadınların %53,9'unun şiddet algısı ve şiddet tanımının uyumsuz olduğu, eğitim seviyesi arttıkça doğru algının arttığı gösterilmiştir (101). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara kıyasla evlilikte kadınlara uygulanan şiddetten erkeği daha az sorumlu tuttuğu ve erkeğin cezalandırılması fikrine daha az katıldığı bildirilmiştir (102).

2.7. KADIN SIĞINMAEVLERİ VE ŞÖNİM'İN ŞİDDET DÖNGÜSÜNDEKİ ÖNEMİ

Şiddet insan hakları ihlali olarak görülmeye başlanmış olsa da kadınlar; kültürel faktörler, toplumsal cinsiyet algısı, ekonomik bağımsızlığın sağlanamaması gibi etkenler sebebiyle, maruz kaldıkları şiddeti anlatmakla ilgili zorluk yaşamaktadır. Kadının toplumdaki statüsü göz önüne alınırsa şiddete tepki vermesi, şiddeti çevresi ile paylaşması ve o birliktelikten uzaklaşması uzun zaman alabilmekte ve kadınlar çoğu zaman şiddeti paylaşmamaktadır (10). Kadınların anlatmaktan kaçındıkları ya da kabullendikleri şiddet maalesef kısır bir döngü haline gelmekte ve artarak varlığını sürdürmektedir.

Türkiye’de yapılan bir araştırmada kadınların %44’ünün maruz kaldıkları şiddeti bir kişiye ya da kuruma anlatmadıkları ortaya çıkmıştır (39). Kadınların %22’sinin şiddet karşısında sustuğu başka bir çalışmada gösterilmiştir (40). Kadınların bir kısmı özel ya da aile içi bir sorun olduğunu düşündüğü için şiddet konusunda konuşmamayı tercih edebilmektedir (89). 2014 yılındaki Türkiye’de Aile İçi Şiddet Araştırması’na göre kadınların çoğu hukuki hakları konusunda bilgi sahibi değildir (41). Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların şiddet sebebiyle adli mercilere başvuru oranının %6,8 olduğu tespit edilmiştir (103). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada şiddeti kabullenici düşünce tarzının şiddete maruziyet riskini arttırdığı gösterilmiştir (42). Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%70) şiddet görmelerine rağmen evlerini hiç terk etmedikleri görülmüştür (43).

Şiddet içeren ilişkinin sonlandırılması mağdur için oldukça karışık ve zor bir süreçtir (45). Kadının evden ayrılması finansal, kültürel, hukuki, sosyal ve duygusal birçok faktör ile ilişkilidir (44). Şiddet, aile içinde mahrem bir konu olarak görüldüğünden, kadın, başvuru yaptığı kolluk kuvvetlerinde evine tekrar dönmesi ve eşi ile barışması gerektiği yönünde tepkiler görebilmektedir ve evine geri dönmemesi durumunda aile desteğini de yitirebilmektedir (46). Kadının şiddet karşısında hiçbir şey yapmama kararı almasında, devlet kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının sayısının az olması, verilen hizmet sınırlılıkları ve kadının bu örgütler hakkında bilgi sahibi olmaması önemli rol oynamaktadır (104).

Kadın genelde kendisi ve çocuğunun can güvenliğinden endişe ettiği zaman şiddet ortamını terk etmektedir (45), bu aşamada başvurabileceği güvenli kurumların ve kamu görevlilerinin olması, doğru bir yönlendirmenin yapılması önemli ve gereklidir.

Kadınların şiddet içeren ilişkilerini sonlandırmamasında kimi zaman gidecekleri güvenli bir yer olmadığını belirtmeleri önemli bir yere sahiptir ve bu noktada kadının güvenli bir ortamda barınmasını ve güçlenip tekrar hayata katılmasını sağlamayı amaçlayan kadın sığınmaevlerinin ve ŞÖNİM'lerin önemi ortaya çıkmaktadır (46).

Kadınlar tüm radikal değişiklikleri göze alarak çoğunlukla sosyal çevresinden hiçbir destek görmeden kendisi ve varsa çocukları için şiddetten uzak bir yaşam kurmak için sığınmaevlerine başvurmaktadır. Sosyal destek kaynaklarından mahrum kalan kadınlar için kadın sığınmaevleri ve ŞÖNİM'ler önemli destek merkezi olmaktadır. ŞÖNİM'ler; danışmanlık, rehberlik ve yönlendirme hizmetleri ile kadının şiddete son vermesinde, desteklenmesinde ve güçlenmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Sığınmaevlerinde kadının korunma, barınma ihtiyacı karşılanmakta; sağlık hizmetleri, sosyal faaliyetler, psikolojik destek hizmetleri, eğitim ve meslek edindirme ve geleceğin planlanması gibi hizmetler verilerek kadının güçlenmesi hedeflenmektedir (3).

Sığınmaevlerine başvuran kadınlarda yapılan çalışmalar, her türlü şiddete maruziyet ve şiddetin uygulanma sıklığının genel popülasyondan daha yüksek olduğunu göstermiştir (113,114).

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda kadın sığınmaevlerinde kalan kadınların eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin düşük ve genç yaşta oldukları saptanmıştır (55,115,116). 1990-1995 yılları arasında Mor Çatı'ya başvuran kadınların sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada; kadınların %71,5'inin iş sahibi olmadığı, %54,7'sinin sağlık güvencesinin bulunmadığı tespit edilmiştir (109).

Hollanda'da KSE'de kalan 184 şiddet mağduru kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların yaş ortalamasının 32,6 olduğu, %83,2'sinin çalışmadığı, %24,5'inin eğitim düzeyinin ilkökul ve altında olduğu tespit edilmiştir (110).

Akyazı tarafından KSE'den hizmet alan şiddete maruz kalmış kadınlarla yapılan çalışmada, kurumda kalan kadınların genç popülasyondan oluştuğu, eğitim düzeyinin düşük olduğu, sadece %19'unun düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı, %47'sinin görücü usulü ile evlendiği, %61'inin 18 yaş ve altında evlilik yaptığı, tüm kadınların fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddet gördüğü, bunlara ek olarak cinsel şiddet de görenlerin oranının ise %78 olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %76,3'ünün bir psikiyatrik tanı aldığı, en sık tanılarının ise TSSB (%50,8) ve depresyon (%37,4) olduğu, %59'unun intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (111).

KSE'de kalan kadınların önemli bir kısmının genç yaşta evlendiği ve bir iş sahibi olmadığı başka çalışmalarda da gösterilmiştir (73). Bu popülasyonun intihar girişimi açısından yüksek risk taşıdığı saptanmıştır (120,121). KSE'de kalan kadınlarla yapılan bir başka çalışmada bu kadınların yaklaşık yarısının intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (49). Bu kadınların düzensiz bir yaşam sürdükleri, sık ev değiştirdikleri saptanmıştır (114). Şiddet aynı zamanda kadının kendisine olan güvenini ve öz saygısını yitirmesine sebep olmaktadır. Sığınmaevlerinden hizmet olana kadınlar aldıkları hizmetler sonucunda kendine güvenlerini tekrardan kazandıklarını ifade etmişlerdir (115).

2.8. ŞİDDET VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Şiddete maruz kalma, kadınların ruh sağlığını ve yaşam kalitesini bozmakta, sağlık hizmetlerini kullanma oranında artışa sebep olmaktadır (116). ABD'de acil servislere başvuran kadınların %11-30'unun eş ya da partnerleri tarafından yaralandığı saptanmıştır (117). Kesiler, çürükler, baş ağrısı, boyun ve sırt ağrısı, pelvik ağrı, jinekolojik hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonları, erken doğum, perinatal ölüm, düşük doğum ağırlığı ve anne ölümü şiddetin fiziksel sonuçlarından bazılarıdır(21). Bununla beraber kadınlar, şiddet sona ermiş olsa bile uzun dönemde kronik ağrı, irritabl barsak sendromu, hipertansiyon gibi önemli sağlık problemleri yaşayabilirler (126,127).

Şiddete maruz kalan kadınlar, maruz kalmamış olan kadınlara göre fiziksel hastalıklar kadar psikiyatrik hastalıklar geliştirme açısından da yüksek risk taşımaktadır (20-24). Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu hangi tür şiddet olursa olsun şiddete maruziyet sonrası en fazla ortaya çıkan psikiyatrik tablolardır (25-27). Yapılan bir meta-analiz ve gözden geçirme çalışmasında; ev içi şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon görülme sıklığında üç kat, post travmatik stres bozukluğu görülme sıklığında yedi kat artış olduğunu gösterilmiştir (38). Anksiyete bozuklukları (38), somatik yakınmalar (21), yeme bozuklukları (24), kendine zarar verme davranışı (26), uyku bozuklukları (21), cinsel işlev bozuklukları (30,32), dissosiyatif bozukluklar (22), obsesif kompulsif bozukluk (120) gibi psikiyatrik hastalıkların da şiddete maruziyet sonucu ortaya çıkabileceği gösterilmiştir.

Şizofreni spektrum bozukluğu tanı grubundan bir psikotik bozukluk tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada; erişkinlik döneminde kadınların %71,1'inin psikolojik şiddete, %57,1'inin ise cinsel şiddete maruz kaldığı ve şiddet maruziyetinin pozitif psikotik semptomların ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (121). Şiddetin psikiyatrik durum üzerine etkisi şiddetin derecesiyle doğru orantılıdır (122).

Çalışmalarda intihar girişimi ile şiddet maruziyeti ilişkili bulunmuştur(123). Şiddete maruz kalanlarda intihar düşüncelerinin şiddete maruz kalmayanlara göre 3 kat fazla olduğu, intihar girişiminin ise 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (124). Aynı zamanda daha erken yaşta intihar girişiminde bulunduğu saptanmış ve girişimlerin tekrarlama olasılığı daha yüksek bulunmuştur (23). 33 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde şiddet mağduru kadınlarda intihar oranının %4,6 ile %77 oranları arasında değiştiği, psikiyatri acil kliniğine başvuran şiddet mağduru kadınlarda intihar girişim oranının %55,3 olduğu bildirilmiştir (20). Psikiyatrik hastalık varlığı intihar riskini arttırmaktadır (125). Psikiyatri kliniğinde yatan ve şiddet görme öyküsü olan kadınlarda ise intihar girişim oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir (126). Psikiyatrik hastalığı olan, şiddete maruz kalmış ve intihar girişimi olan kadın hastalar ile yapılan bir çalışmada cinsel şiddet varlığının diğer şiddet türlerine göre intihar girişimi için daha yüksek risk oluşturduğu bildirilmiştir (127). Cinsel şiddet intihar girişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalarda

da benzer sonuçlar saptanmıştır (136,137). Birden fazla şiddet türüne maruz kalan kadınlar, tek bir şiddet türüne maruz kalan kadınlar ile karşılaştırıldığında intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (130).

Alkol, psikoaktif madde ve sigara kullanım sıklığı şiddete maruz kalan kadınlarda, şiddet mağduru olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (30,35).

Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlar ile yapılan bir çalışmada, kadınların %76'sının en az bir şiddet türüne maruz kaldığı, anksiyete ve depresyon puanlarının ve intihar girişim oranının şiddet görmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (131).

Vahip ve Doğanavşargil tarafından yine psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %62'sinin evliliklerinde fiziksel şiddet gördüğü, fiziksel şiddet gören kadınların da %73,9'unun depresyon, %6,5'inin ise kaygı bozukluğu tanısı aldığı ortaya çıkmıştır (11). Psikiyatri polikliniğine başvuru yapan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada kadınların %70'inin psikolojik, %49'unun fiziksel şiddet gördüğü; psikolojik şiddet görenlerin %65,3'ünün aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığı tespit edilmiştir (103).

Şiddet mi psikiyatrik hastalıklara yol açıyor yoksa psikiyatrik hastalıklar mı şiddet maruziyetini arttırıyor tam olarak bilinmemekle beraber ikisinin de mümkün olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (27,36,140). Yapılan bir tez çalışmasında, psikiyatrik bir hastalığı olduğu bilinen kadınlarda şiddetin tabloya eklenmesinin psikopatolojiyi şiddetlendirebileceği sonucuna varılmıştır (133). Şiddete maruz kalmanın kadınlarda psikiyatrik hastalıkların başlamasında ya da mevcut olan ruhsal hastalığın süresi ve nüksü üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceği de gösterilmiştir(28).

41 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, depresyon (29), anksiyete bozuklukları (30), distimi (31), travma sonrası stres bozukluğu (32), obsesif kompulsif bozukluk (33), yeme bozuklukları (34), dissosiyatif bozukluklar (35) şizofreni ve affektif komponenti olmayan psikoz (36), bipolar bozukluk (37) gibi herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda şiddete maruziyet riskinin herhangi bir psikiyatrik hastalığı

olmayan kadınlara kıyasla arttığı tespit edilmiştir (38). Şiddet derecesinin artışı aynı zamanda tekrar maruz kalma için de risk oluşturmaktadır (134).

Ciddi bir psikiyatrik hastalığa sahip olan kadınlar genel popülasyon ile karşılaştırıldığında şiddetin her türüne maruz kalma riskinin 2-4 kat artmış olduğu bildirilmiştir (127). Jacobson ve Richardson'ın psikiyatri servisinde yatan kadın hastalar ile yaptığı çalışmada; kadınların %64'ünün fiziksel şiddete, %38'inin cinsel şiddete maruz kaldığı ve şiddeti uygulayanların büyük çoğunluğunun hasta ile aynı evde yaşadığı saptanmıştır (135). Yine psikiyatri servisine yatan kadın hastalar ile yapılan başka bir çalışmada kadınların %50'sinin yakın partneri tarafından şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (136).

Psikiyatri kliniğinde bipolar bozukluk (psikotik özellikli ya da özelliksiz mani veya depresyon), major depresyon, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanıları ile yatan kadın hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların şiddete maruz kalma oranının %88,2 olduğu, en sık görülen şiddet türünün ise psikolojik ve fiziksel şiddet olduğu, hastaların büyük bir çoğunluğunun hekimiyle daha önce şiddet olayını konuşmadığı tespit edilmiştir (137).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli olan ya da olmayan majör depresyon ve bipolar bozukluk tanısı bulunan 324 kadın ile yapılan bir çalışmada; hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastaların şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu, psikiyatrik hastalığa eşlik eden alkol ve psikoaktif madde kullanımının şiddete maruz kalma riskini arttırdığı bildirilmiştir (138). Psikoaktif madde ve alkol kullanımı şiddetin bir sonucu olabileceği gibi nedeni de olabilmektedir (147,148).

Psikiyatrik hastalığı olan ve şiddete maruz kalan kadınlarla yapılan araştırmalarda, psikiyatrik tedavinin şiddetle mücadele sürecini güçlendirdiği, şiddet oranının azalmasında ve şiddetin önlenmesinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (149,150).

Kadın sığınmaevinde bulunan kadınlar arasında şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, şiddetin olumsuz sonuçlarıyla daha sık karşı karşıya kaldıkları düşünülebilir. Şiddetin boyutu arttıkça kadının

psikiyatrik yakınmalarının düzeyinin arttığı bilinmektedir (143). Araştırmalarda, şiddet gören ve sığınmaevinde kalan kadınların, yine şiddet gören ve kadın sığınmaevinde kalmayan kadınlara göre daha fazla psikiyatrik şikayet bildirdiği ve şiddetin boyutunun daha ciddi olduğu ortaya çıkmıştır (144).

Şiddete maruz kalmanın psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmasının yanı sıra, psikiyatrik bozukluğun varlığı da şiddete maruz kalma riskini arttırmaktadır. Kadın sığınmaevlerinden hizmet alan hem şiddetin derecesinin hem de şiddete maruz kalma oranının yüksek olduğu bu popülasyonda yapılacak olan çalışmalar şiddet ile mücadele için önem taşımaktadır.

Kadına yönelik şiddete ve önemli bir çözüm yolu olan kadın sığınmaevlerine ilişkin yeterli bir kavrayışa sahip olmak için öncelikli olarak bu kurumlardan yararlanan grubun özelliklerinin ve gereksinimlerinin daha iyi anlaşılması gerektiği düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalıklar ile şiddet arasındaki güçlü ilişki düşünüldüğünde bu kurumlardan hizmet alan kadınların ruh sağlığına yapılacak müdahalelerin şiddetle mücadelede önemli bir yer teşkil edeceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak tasarlanan bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 07.12.2018 tarihinde 244 protokol no ile onay alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMA EVRENİ VE KATILIMCILAR

Çalışmanın evrenini, 2016 Aralık-2018 Aralık tarihleri arasında kadın sığınmaevleri ve ŞÖNİM'lerden yönlendirilip İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadın servislerinde yatırılarak tedavisi yapılan kadın hastalar oluşturmaktadır. Belirtilen tarihlerde hastanemize başvurusu olan kadınların bilgilerine ulaşılmış ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcılara ait dosyaların verileri incelenmiştir. Aşağıda belirtilen ölçütleri karşılayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriteri; 2016 Aralık- 2018 Aralık tarihleri arasında kadın sığınmaevleri ve ŞÖNİM'lerden yönlendirilip hastaneye yatırılıp tedavi edilmiş olmasıdır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri; hastanın arşiv dosyasında yeterli bilgiye ulaşılamaması, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda ya da şiddet gerekçesiyle değil hastalık belirtileri sebebiyle kadın sığınmaevi ya da ŞÖNİM'lere başvuru yapmış olmasıdır.

181 hastanın dosyasına ulaşılmış, 10 hastanın dosyasında hastanın ihtiyaçları değil, psikotik bulguları doğrultusunda KSE veya ŞÖNİM'e başvuru yaptığı saptandığından araştırmaya dahil edilmemiştir. 14 hastanın ise dosyasında araştırma için yeterli bilgiye ulaşılmadığından bu kişilere ait veriler araştırmadan çıkarılmıştır.

Sonuç olarak araştırma örneklemini belirlenen tarih aralığında yatan 157 kadın hasta oluşturmuştur. Dosya taramasında incelenen 181 kadın olgu dosyasından, 157'sinin çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olduğu tespit edilmiştir.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, katılımcılarla ilişkili klinik veriler ve sosyodemografik özellikleri değerlendiren ayrıntılı formdur.

Demografik sorular; yaş, doğum yeri, kurumda kaldığı süre, medeni durum, evlenme biçimi, evlenme yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, eğitim süresi (yıl), meslek, sağlık güvencesi, aile tipi, kardeş sayısı, genel tıbbi durum, adli öykü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, şiddet maruziyeti, şiddete maruz kaldı ise hangi tür şiddete maruz kaldığı (psikolojik, fiziksel, cinsel, ekonomik), şiddet uygulayıcısına ilişkin soruları içermektedir.

Klinik sorular ise; psikoaktif madde/alkol/sigara kullanımı, kendine zarar verme davranışı, intihar girişim öyküsü, intihar girişim şekli, daha önce psikiyatrik başvurusu olup olmadığı, hastaneye yatış endikasyonu, hastanede yatış süresi, yatış sayısı, tanı ve tedaviye ilişkin soruları içermektedir.

3.3. İŞLEM

Araştırmamız; retrospektif bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmada belirlenen ölçütlere uygun hastaların tespiti için, gerekli izinler alınarak, hastane tıbbi kayıtları üzerinden 'kadın sığınmaevi', 'Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi', 'ŞÖNİM', 'kurum' anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. Araştırmada incelenmesi planlanan verilerin ancak yatış dosyalarında yer alan kayıtlardan sağlanabilmesi mümkün olduğundan, bu kişiler üzerinden yeniden tarama yapılarak sadece hastane yatışı bulunan hastalar seçilmiştir. Aynı isme ait tekrarlayan yatışı bulunan hastaların son yatış kaydı seçilerek aynı katılımcıların mükerrer biçimde seçimi önlenmiştir.

Seçilen katılımcıların hastane arşivinden eski yatış dosyalarına ulaşılmış ve araştırmacı tarafından incelenerek veriler yine araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 'Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu'na aktarılmıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapıldı. Hastaların intihar girişimini yordayan bağımsız değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p değeri <0,25 bulunan değişkenler bağımsız değişkenler olarak çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde olabilirlik oranı ile ileriye doğru yöntemi (Forward likelihood ratio method) kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışma için 181 hastanın dosya verileri incelenmiş, 14 hasta dosyasında araştırma konusu için gereken yeterli veriye ulaşılamadığından, 10 hasta ise psikotik bulguları doğrultusunda sığınmaevi ya da ŞÖNİM'e başvurusu olduğu saptandığından çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak çalışmada 157 kadın hastanın verileri kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen olguların yaşları 18 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $32,85 \pm 9,58$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %45,2'sinin doğum yeri kırsal bölge, %54,8'inin doğum yerinin kentsel bölge olduğu saptandı. Hastaların %41,4'ü evli, %32,5'i boşanmış ya da ayrı yaşıyor, %26,1'i bekar. Evli olan kadınların %20,5'i tanışarak, %47,9'u görücü usulü, %21,4'ü kaçarak, %10,3'ü akraba evliliği ile evlenmişti. Hastaların %26,8'i çalışıyordu, %66,2'sinin sağlık güvencesi vardı. %33,1'i geniş aile ile %66,9'u çekirdek aile yapısına sahipti. Hastaların %61,8'inin sigara kullanımı, %8,3'ünün alkol kullanımı, %13,4'ünün madde kullanımı mevcuttu (Tablo 1).

Hastaların %59,2'sinin (n=93) intihar girişimi, %40,1'inin (n=63) kendine zarar verme davranışı mevcuttu. İntihar girişim şekilleri incelendiğinde ise; %56,4'ünün (n=53) ilaç, %16'sının (n=15) kesici/delici alet, %12,8'inin (n=12) yüksekte atlama, %9,6'sının (n=9) ası, %3,2'sinin (n=3) zehirli madde, %2,1'inin (n=2) ise ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunduğu görüldü.

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 1

		n	%
Doğum Yeri	Kırsal	71	45,2
	Kentsel	86	54,8
Medeni Hal	Bekar	41	26,1
	Evli	65	41,4
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	51	32,5
Evlenme Biçimi	Tanışarak	24	20,5
	Görücü Usulü	56	47,9
	Kaçarak	25	21,4
	Akraba Evliliği	12	10,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	42	26,8
	Çalışmıyor	115	73,2
Sağlık Güvencesi	Var	104	66,2
	Yok	53	33,8
Aile Tipi	Çekirdek	105	66,9
	Geniş	52	33,1
Sigara	Var	97	61,8
	Yok	60	38,2
Alkol	Var	13	8,3
	Yok	144	91,7
Psikoaktif Madde	Var	21	13,4
	Yok	136	86,6

n=denek sayısı

Evlenme yaşının ortalaması 19,91±4,64 yıl olarak tespit edilirken; evli ya da boşanmış/ayrı yaşayan kadınların evlilik süre ortalaması 10,96±7,29 yıl olarak saptandı. Hastaların ortalama çocuk sayısı 1,39±1,37 iken; eğitim sürelerinin ortalaması 6,42±3,47 yıl olarak hesaplandı. Hastaların kurumda kaldıkları süre ortalaması ise 32,90±55,9 gün olarak tespit edildi (Tablo 2). Araştırmaya dahil edilen hastaların tanı dağılımı Tablo 3'te belirtilmiştir.

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 2

	ORT ± SS	en küçük-en büyük
Yaş	32,85±9,58	18-57
Kurumda Kaldığı Süre(gün)	32,90±55,9	1-364
Evlenme Yaşı	19,91±4,64	13-37
Evlilik Süresi(yıl)	10,96±7,29	1-35
Çocuk Sayısı	1,39±1,37	0-6
Eğitim Süresi(yıl)	6,42±3,47	0-16

SS=Standart Sapma, ORT=Ortalama

Tablo 3: Hastaların Tanı Dağılımları

Tanı	n	%
Major Depresyon	30	19,1
Bipolar Bozukluk, mani dönemi	31	19,7
Bipolar Bozukluk, depresyon dönemi	10	6,4
Tanımlanmamış Bipolar ve ilişkili bozukluk	19	12,1
Şizofreni	15	9,6
Tanımlanmamış psikozla giden bozukluk	23	14,6
Anlıksal Yeti Yitimleri	8	5,1
Disosiyasyon Bozuklukları	4	2,5
Uyum Bozukluğu	5	3,2
Şizoaffektif Bozukluk	3	1,9
Madde Kullanım Bozukluğu	5	3,2
Maddenin Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu	1	0,6
Sanrılı bozukluk	1	0,6
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2	1,3

n=denek sayısı

4.2. ŞİDDETE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen hastalar şiddet açısından incelendiğinde; %72'sinin (n=113) hayatlarının bir döneminde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Katılımcılar şiddet uygulayıcılar açısından incelendiğinde ise; kadınların %63,7'sinin (n=72) eş/partner tarafından, %24,8'inin (n=28) ailesi tarafından, %11,5'inin (n=13) hem ailesi hem de eş/partneri tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür.

Şiddet türleri incelendiğinde; psikolojik şiddet sıklığı %72, ekonomik şiddet sıklığı %72, fiziksel şiddet sıklığı %59,2, cinsel şiddet sıklığı %25,5 olarak saptanmıştır. Vakaların hiçbirinin tek bir şiddet türüne maruz kalmadığı, şiddet türlerinin birbirine eşlik ettiği tespit edilmiştir.

Şiddet gören kadınların %17,7'sinin (n=20) psikolojik ve ekonomik şiddete, %46,9'unun (n=53) psikolojik, fiziksel ve ekonomik şiddete, %35,4'ünün (n=40) ise psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Şiddet uygulayıcısı ile şiddet türü arasındaki ilişki incelendiğinde, eş/partner, aile ya da eş ve partner tarafından uygulanan şiddet türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,050). Katılımcıların medeni durumu (p=0,095) ve evlenme biçimine (p=0,917) göre maruz kaldığı şiddet türünde yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.3. ŞİDDETE MARUZİYET DURUMUNA GÖRE TANIMLAYICI BULGULAR

Şiddete maruz kalan ve kalmayan gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda, karşılaştırılan sürekli değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymadığı tespit edilen sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı.

Şiddet gören ve görmeyen kadınlarda yaş değişkenine ait ortanca her iki grupta da 32 yıl olarak saptanırken iki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4).

Kurumda kalma süreleri göz önüne alındığında da şiddet gören ve görmeyen grup arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Evlenme yaşı açısından yapılan değerlendirmede şiddete maruz kalan grupta evlenme yaşı için ortanca 17 yıl, şiddete maruz kalmayan grupta ise 26 yıl olarak saptanmış; bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Şiddet gören grupta 18 yaş altında evlenen kadınların payı %51,2 ise olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Her iki grup evlilik sürelerine göre değerlendirildiğinde; şiddete maruz kalan grupta evlilik süresi için ortanca 12 yıl, şiddete maruz kalmayan ise 6 yıl bulunurken gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 4).

Her iki grupta çocuk sayısının ortancası 1, şiddet gören kadınların çocuk sayısı ortalaması $1,53\pm 1,42$, şiddet görmeyen kadınların ise $1,02\pm 1,17$ olarak hesaplandı. Şiddete maruz kalan kadınların çocuk sayısının şiddete maruz kalmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4).

Eğitim süresi için yapılan değerlendirmede ise şiddet gören grupta ortanca değer 5 yıl, şiddet görmeyen grupta ise 10,50 yıl olarak hesaplanırken iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4). Şiddet gören kadınlarda hiç eğitim almamış olan kadınların oranı %6,2, 5 yıl ve altında eğitim gören kadınların oranı %77,0, 8 yıldan fazla eğitim gören kadınların oranı ise %2,7 olarak tespit edildi. Buna karşılık şiddet görmeyenlerde hiç eğitim almamış kadın olmadığı, 5 yıl ve altında eğitim gören kadınların oranının %9,1 ve 8 yıldan fazla eğitim alan kadınların oranının ise %56,8 olduğu saptandı.

Tablo 4: Şiddete Maruziyet Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının Karşılaştırılması 1

	Şiddet Var (n=113) Ortanca (en küçük-en büyük)	Şiddet Yok (n=44) Ortanca (en küçük-en büyük)	z	p
Yaş	32 (18-55)	32 (18-57)	-,379	0,704
Kurumda kaldığı süre	14 (1-300)	13 (1-364)	-,577	0,564
Evlenme yaşı	17 (13-28)	26 (20-37)	-7,861	<0,001**
Evlilik süresi	12(1-35)	6 (1-20)	-4,037	<0,001**
Çocuk sayısı	1 (0-6)	1 (0-4)	-2,048	0,041*
Eğitim süresi	5 (0-11)	10,50 (2-16)	-8,212	<0,001**

*Mann-Whitney U testi, n= denek sayısı, *p<0,05, **p<0,001*

Şiddete maruz kalan ve kalmayan gruplar medeni durum, doğum yeri ve çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Evlenme şekillerine göre yapılan incelemede şiddet gören grupta olguların %9,5'inin (n=8) tanışarak, %53,6'sının (n=45) görücü usulü, %26,2'sinin (n=22) kaçarak, %10,7'sinin (n=9) akraba evliliği ile evlendiği; diğer grupta ise olguların %48,5'inin (n=16) tanışarak, %33,3'ünün (n=11) görücü usulü, %9,1'inin (n=3) kaçarak, %9,1'inin (n=3) ise akraba evliliği ile evlendiği saptanmış ve evlilik şekline göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 5).

Gruplar aile tipine göre karşılaştırıldığında ise şiddet gören gruptaki olguların %61,1'inin (n=69) çekirdek aile, %38,9'unun (n=44) geniş aile tipine; diğer grupta ise olguların %81,8'inin (n=36) çekirdek aile, %18,2'sinin (n=8) geniş aile tipine

sahip olduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Yine her iki grup sağlık güvencesi açısından karşılaştırıldığında şiddet gören olguların bulunduğu grupta sağlık güvencesine sahip olanların sıklığı (%57,5; $n=65$), şiddet görmeyen olguların olduğu gruba (%88,6; $n=39$) göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 5).

Tablo 5: Şiddete Maruziyet Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının Karşılaştırılması 2

		Şiddet Var	Şiddet Yok	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Medeni Durum	Bekar	30 (26,5)	11 (25)	0,434	0,805
	Evli	45 (39,8)	20 (45,5)		
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	38 (33,6)	13 (29,5)		
Doğum Yeri	Kentsel	55 (48,7)	16(36,4)	1,937	0,164
	Kırsal	58 (51,3)	38(63,6)		
Evlenme Biçimi	Tanışarak	8 (9,5)	16 (48,5)	22,863	<0,001**
	Görücü Usulü	45 (53,6)	11 (33,3)		
	Kaçarak	22 (26,2)	3 (9,1)		
	Akraba Evliliği	9 (10,7)	3 (9,1)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32 (28,3)	10 (22,7)	0,505	0,477
	Çalışmıyor	81 (71,7)	34 (77,3)		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	69 (61,1)	36 (81,8)	6,159	0,013*
	Geniş Aile	44 (38,9)	8 (18,2)		
Sağlık Güvencesi	Var	65 (57,5)	39 (88,6)	13,710	<0,001**
	Yok	48 (42,5)	5 (11,4)		

Pearson ki-kare testi, n =denek sayısı, * $p<0,05$, ** $p<0,001$, Sütun Yüzdesi

4.4. ŞİDDETE MARUZİYET DURUMUNA GÖRE KLİNİK BULGULAR

Şiddet gören ve görmeyen grup intihar girişim sıklıkları açısından karşılaştırıldığında şiddet gören gruptaki intihar sıklığının (%66,4; n=75), şiddet görmeyen gruba göre (%40,9; n=18) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6). Her iki grup kendine zarar verme davranışı açısından değerlendirildiğinde ise yine şiddet gören gruptaki kendine zarar verme davranışı sıklığı (%52,2; n=59), şiddet görmeyen gruba (%9,1; n=4) göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6: Şiddete Maruziyet ile İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişki

		Şiddet Var (n=113) n (%)	Şiddet Yok (n=44) n (%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Var	75 (66,4)	18 (40,9)	8,503	0,004*
	Yok	38 (33,6)	26 (59,1)		
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	59 (52,2)	4 (9,1)	24,510	<0,001**
	Yok	54 (47,8)	40 (90,9)		

*Pearson ki-kare testi, n=denek sayısı, * $p<0,05$, ** $p<0,001$, Sütun Yüzdesi*

Şiddet gören ve görmeyen grup sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı açısından karşılaştırılmış; şiddet gören olguların bulunduğu grupta sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı şiddet görmeyen olguların bulunduğu gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Sigara, Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanımı ile Şiddete Maruziyet Arasındaki İlişki

		Şiddet Var (n=113) n (%)	Şiddet Yok (n=44) n (%)	x²	p
Sigara	Var	76 (67,3)	21 (47,7)	5,115	0,024*
	Yok	37 (32,7)	23 (52,3)		
Alkol	Var	13 (11,5)	0 (0,0)	5,519	0,019*
	Yok	100 (88,5)	44 (100)		
Psikoaktif Madde	Var	21 (18,6)	0 (0,0)	9,440	0,002*
	Yok	92 (81,4)	44 (100)		

*Pearson ki-kare testi, n=denek sayısı, *p<0,05, Sütun Yüzdesi*

Şiddet gören ve görmeyen grup yatış süreleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 8). Yatış sayıları karşılaştırıldığında ise şiddet gören grubun şiddet görmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla yatış sayısı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Şiddet Maruziyetine Göre Yatış Süresi ve Yatış Sayısının Karşılaştırılması

	Şiddet Var (n=113) Ortanca (en küçük-en büyük)	Şiddet Yok (n=44) Ortanca (en küçük-en büyük)	z	p
Yatış Süresi	18 (1-49)	19 (3-89)	1,477	0,140
Yatış Sayısı	1 (1-15)	1 (1-7)	2,701	0,007*

*Mann-Whitney U Testi, n=denek sayısı, *p<0,05*

Olguların şiddet maruziyetine göre tanı dağılımları Tablo 9’de verilmiştir. Şiddete maruziyet ile hastalık tanıları arasında anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$)

Tablo 9: Şiddet Maruziyet Durumuna Göre Tanı Dağılımları

Tanı		Şiddet Var	Şiddet Yok
		(n=113)	(n=44)
		n (%)	n (%)
Major Depresyon		20 (17,7)	10 (22,7)
Bipolar Bozukluk, mani dönemi		19 (16,8)	12 (27,3)
Bipolar Bozukluk,depresyon dönemi		6 (5,3)	4 (9,1)
Tanımlanmamış Bipolar ve ilişkili bozukluk		14 (12,4)	5 (11,4)
Şizofreni		10 (8,8)	5 (11,4)
Tanımlanmamış psikozla giden bozukluk		17 (15,0)	6 (13,6)
Anlıksal Yeti Yitimleri		8 (7,1)	0 (0,0)
Disosiyasyon Bozuklukları		4 (3,5)	0 (0,0)
Uyum Bozukluğu		4 (3,5)	1 (2,3)
Şizoaffektif Bozukluk		2 (1,8)	1 (2,3)
Madde Kullanım Bozukluğu		5 (4,4)	0 (0,0)
Maddenin Yol Açtığı Psikoz		1 (0,9)	0 (0,0)
Sanrılı bozukluk		1 (0,9)	0 (0,0)
TSSB		2 (1,8)	0 (0,0)

n=denek sayısı

4.5. TÜM ÖRNEKLEMDE İNTİHAR GİRİŞİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tüm örnekleme (n=157) intihar girişimi bulunan ve bulunmayan grup sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılmış; her iki grup arasında doğum yeri, medeni durum, evlenme şekli, çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Aile tipi ile intihar girişiminin ilişkisi incelendiğinde, intihar girişimi olan gruptaki geniş aile oranının (%41,9; n=39) intihar girişimi olmayan gruba (%20,3; n=13) göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,005) (Tablo 10).

Her iki grup sağlık güvencesi açısından karşılaştırıldığında intihar girişimi olan olguların bulunduğu grupta sağlık güvencesine sahip olanların oranı (%59,1; n=55), intihar girişimi olmayan gruba göre (%76,6; n=49) istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 10).

Yine her iki grup kendine zarar verme davranışı açısından değerlendirildiğinde ise yine intihar girişimi olan gruptaki kendine zarar verme davranışı oranı (%55,9; n=52), intihar girişimi olmayan gruba (%17,2; n=11) göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 10).

İntihar girişimi olan ve olmayan grup sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı açısından karşılaştırılmış; intihar girişimi olan olguların bulunduğu grupta sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı intihar girişimi olmayan olguların bulunduğu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10: Tüm Örneklemde (n=157) İntihar Girişimi Bulunan ve Bulunmayan Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Var n(%)	İntihar Girişimi Yok n(%)	χ^2	p
Doğum Yeri	Kırsal	39 (41,9)	32 (50,0)	0,995	0,318
	Kentsel	54 (58,1)	32 (50,0)		
Medeni Durum	Bekar	22 (23,7)	19 (29,7)	0,929	0,628
	Evli	41 (44,1)	24 (37,5)		
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	30 (32,3)	21 (32,8)		
Evlenme Biçimi	Tanışarak	14 (19,4)	10 (22,2)	1,921	0,589
	Görücü Usulü	32 (44,4)	24 (53,3)		
	Kaçarak	17 (23,6)	8 (17,8)		
	Akraba Evliliği	9 (12,5)	3 (6,7)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	20 (21,5)	22 (34,4)	3,204	0,073
	Çalışmıyor	73 (78,5)	42 (65,6)		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	54 (58,1)	51 (79,7)	8,002	0,005*
	Geniş Aile	39 (41,9)	13 (20,3)		
Sağlık Güvencesi	Var	55 (59,1)	49 (76,6)	5,146	0,023*
	Yok	38 (40,9)	15 (23,4)		
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	52 (55,9)	11 (17,2)	23,665	<0,001**
	Yok	41 (44,1)	53 (82,8)		
Sigara	Var	64 (68,8)	33 (51,6)	4,780	0,029*
	Yok	29 (31,2)	31 (48,4)		
Alkol	Var	13 (14,0)	0 (0)	9,754	0,002*
	Yok	80 (86,0)	64 (100)		
Psikoaktif Madde	Var	17 (18,3)	4 (6,3)	4,735	0,030*
	Yok	76 (81,7)	60 (93,8)		

Pierson ki-kare testi, n=denek sayısı, *p<0,05, **p<0,001, Sütun Yüzdesi

4.6. ŞİDDET GÖREN GRUPTA İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Şiddet gören 113 katılımcının verileri değerlendirildiğinde; intihar girişimi olanların %42,7'si (n=32) kırsal, %57,3'ü (n=43) kentsel bölgede; intihar girişimi olmayanların ise %60,5'i (n=23) kırsal, %39,5'i (n=15) i kentsel bölgede doğmuştu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Medeni durum karşılaştırıldığında intihar girişimi olan vakaların %25,3'ü (n=19) bekar, %41,3'ü (n=31) evli, %33,3'ü (n=25) boşanmış ya da ayrı yaşıyordu. Diğer grubun ise %28,9'u (n=11) bekar, %36,8'i (n=14) evli, %34,2'si (n=13) boşanmış ya da ayrı yaşıyordu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Evlenme biçimi intihar girişimi olan grupta %12,3 (n=7) tanışarak, %49,1 (n=28) görücü usulü, %26,3 (n=15) kaçarak, %12,3 (n=7) akraba evliliği; intihar girişimi olmayan grupta ise %3,7 (n=1) tanışarak, %63 (n=17) görücü usulü, %25,9 (n=7) kaçarak, %7,4 (n=2) akraba evliliği olarak hesaplandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

İntihar öyküsü olan vakaların %22,7'si (n=17), olmayan vakaların %39,5'i (n=15) çalışıyordu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

İntihar girişimi ile aile tipinin ilişkisi incelendiğinde girişimi olanların %54,7'si (n=41) çekirdek aile tipine, %45,3'ü (n=34) geniş aile tipine; girişimi olmayanların ise %73,7'si (n=28) çekirdek aile tipine, %26,3'ü (n=10) geniş aile tipine sahipti. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

İntihar girişimi olan olguların %50,7'sinin (n=38), olmayanların ise %71,1'inin (n=27) sağlık güvencesi vardı. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 11).

Kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi olanların %68'inde (n=51), olmayanların ise %21,1'inde (n=8) vardı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001) (Tablo 11).

İntihar girişimi olanların %74,7'si (n=56), girişimi olmayanların ise %52,6'sı (n=20) sigara içiyordu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05) (Tablo 11).

İntihar girişimi olanlarda alkol kullanım (%17,3, n=13) sıklığının, girişimi olmayanlara göre (%0,0, n=0) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi (p<0,05) (Tablo 11).

Psikoaktif madde kullanımı, intihar girişimi olanlarda %22,7 (n=17), girişimi olmayanlarda ise %10,5 (n=4) olarak hesaplandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 11).

İntihar girişimi olan olguların yaş ortaması 31,52±8,90 yıl, intihar girişimi olmayan olguların ise 34,84±10,89 yıl olarak hesaplandı, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,085).

Tablo 11: Şiddet Gören Grupta (n=113) İntihar Girişimi ile İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Var n(%)	İntihar Girişimi Yok n(%)	x²	p
Doğum Yeri	Kırsal	32 (42,7)	23 (60,5)	3,220	0,073
	Kentsel	43 (57,3)	15 (39,5)		
Medeni Durum	Bekar	19 (25,3)	11 (28,9)	0,258	0,879
	Evli	31 (41,3)	14 (36,8)		
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	25 (33,3)	13 (34,2)		
Evlenme Biçimi	Tanışarak	7 (12,3)	1 (3,7)	2,477	0,479
	Görücü Usulü	28 (49,1)	17 (63)		
	Kaçarak	15 (26,3)	7 (25,9)		
	Akraba Evliliği	7 (12,3)	2 (7,4)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17 (22,7)	15 (39,5)	3,510	0,061
	Çalışmıyor	58 (77,3)	23 (60,5)		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	41 (54,7)	28 (73,7)	3,836	0,051
	Geniş Aile	34 (45,3)	10 (26,3)		
Sağlık Güvencesi	Var	38 (50,7)	27 (71,1)	4,290	0,038*
	Yok	37 (49,3)	11 (28,9)		
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	51 (68)	8 (21,1)	22,279	<0,001**
	Yok	24 (32)	30 (78,9)		
Sigara	Var	56 (74,7)	20 (52,6)	5,561	0,018*
	Yok	19 (25,3)	18 (47,4)		
Alkol	Var	13 (17,3)	0 (0,0)	7,443	0,006*
	Yok	62 (82,7)	38 (100,0)		
Psikoaktif Madde	Var	17 (22,7)	4 (10,5)	2,457	0,117
	Yok	58 (77,3)	34 (89,5)		

Pierson ki-kare testi, n=denek sayısı, *p<0,05, **p<0,001, Sütun Yüzdesi

Şiddete uğrayan grupta, intihar girişimi olan kadınların %42,7'sinde (n=32), intihar girişimi olmayanların ise %21,1'inde (n=8) cinsel şiddet öyküsü mevcuttu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 12).

Şiddete maruz kalan ve kendine zarar verme davranışı olan kadınların, yine şiddete maruz kalan ve kendine zarar verme davranışı olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edildi ($p=0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12: İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranış Durumlarına Göre Cinsel Şiddet Sıklığının Karşılaştırılması

		Cinsel Şiddet Var (n=40) n (%)	Cinsel Şiddet Yok (n=73) n (%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Var	32 (42,7)	43 (57,3)	5,152	0,023*
	Yok	8 (21,1)	30 (78,9)		
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	29 (49,2)	30 (50,8)	10,214	0,001*
	Yok	11 (20,4)	43 (79,6)		

*Pearson ki-kare testi, n=denek sayısı, * $p<0,05$, Satır Yüzdesi*

Şiddet gören grupta (n=113) cinsel şiddet gören olguların %32,5'inin (n=13), cinsel şiddet görmeyen olguların ise %11,0'mın (n=8) psikoaktif madde kullanımı olduğu tespit edildi, gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,005$). Her iki grup alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,061$).

Psikolojik ve ekonomik şiddet gören kadınların %50,0'ında (n=10); psikolojik, fiziksel ve ekonomik şiddet gören kadınların %62,3'ünde (n=33); psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddet gören kadınların ise %80,0'ında (n=32) intihar girişimi mevcuttu. Gruplar arasında anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 13). Şiddet türü arttıkça intihar girişim sıklığının da arttığı görüldü (Tablo 13).

Tablo 13: Şiddet Türüne Göre İntihar Girişim Sıklığının Karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Var n(%)	İntihar Girişimi Yok n(%)	χ^2	p
Şiddet Türü	Psikolojik ve Ekonomik	10 (50,0)	10 (50,0)	6,131	0,047*
	Psikolojik, Fiziksel ve Ekonomik	33 (62,3)	20 (37,7)		
	Psikolojik, Fiziksel, Cinsel ve Ekonomik	32 (80,0)	8 (20,0)		

*Pearson ki-kare testi, n:denek sayısı, *p<0,05, Satır Yüzdesi*

4.7. İNTİHAR GİRİŞİMİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN REGRESYON ANALİZİ

İntihar girişim öyküsünü yordayan bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İntihar girişim öyküsünün bağımlı değişken olarak kabul edildiği lojistik regresyon analizinde şiddete maruziyet, kendine zarar verme davranışı, sağlık güvencesi, psikoaktif madde kullanımı, çalışma durumu, yaş, aile tipi bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde bağımlı değişkenle ilişkisi için p değeri 0,25 ve altında bulunan bağımsız değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine bağımsız değişkenler olarak dahil edilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde model bu aday bağımsız değişkenlerden “olabilirlik oranı ile ileri doğru yöntemi (forward likelihood ratio)” kullanılarak elde edilmiştir.

Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kendine zarar verme davranışı ve aile tipi intihar girişim öyküsünü istatistiksel olarak anlamlı yordayan bağımsız değişkenler olarak bulunmuştur (p<0,05). Kendine zarar verme davranışı olan kadınlarda olmayan kadınlara göre intihar öyküsü olasılığı 6,804 kat yüksektir. Diğer bir ifade ile intihar öyküsü olan kadınlar intihar öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında kendine zarar verme davranışı olma ihtimalinin olmama

ihtimaline göre 6,804 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (%95 GA 3,067-15,094) (Tablo 14).

Geniş aile ile yaşayan kadınlarda çekirdek aile ile yaşayan kadınlara göre intihar girişim öyküsü olma olasılığı 3,373 kat yüksektir. Diğer bir ifade ile intihar girişim öyküsü olan kadınlar intihar girişim öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında aile tipinin geniş aile olma olasılığı çekirdek aile olma olasılığına göre 3,373 kat fazla bulunmuştur (%95 GA 1,518-7,499) (Tablo 14).

Kendine zarar verme davranışı ve aile tipi değişkenleri ile elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarısı %70,1 olarak bulunmuştur. Bu iki değişkeni içeren model ile intihar öyküsü olan olguların %75,3'ü doğru saptanırken (duyarlılık), intihar öyküsü olmayanların %62,5'i (seçicilik) doğru saptanmaktadır (Tablo 15).

Tablo 14: Kadınlarda İntihar Öyküsünü Yordayan Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=157)

Değişken	Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi			Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	Düzeltilmiş OR	%95 Güven Aralığı	p değeri	Düzeltilmiş OR	%95 Güven Aralığı	p değeri
Şiddete Maruziyet	Referans					
Yok	2,851	1,392-5,837	0,004			
Var						
Kendine Zarar Verme Davranışı	Referans			Referans		
Yok	6,111	2,836-13,167	<0,001	6,804	3,067-15,094	<0,001
Var						
Sağlık Güvencesi	Referans					
Var	2,257	1,109-4,595	0,025			
Yok						
Psikoaktif Madde Kullanım Öyküsü	Referans					
Yok	3,355	1,072-10,497	0,038			
Var						
Çalışma Durumu	Referans					
Evet	1,912	0,936-3,907	0,076			
Hayır						
Yaş	0,977	0,945-1,011	0,179			
Doğduğu Yer	Referans					
Kırsal	1,385	0,730-2,626	0,319			
Kentsel						
Aile Tipi	Referans			Referans		
Çekirdek	2,833	1,358-5,910	0,005	3,373	1,518-7,499	0,003
Geniş						

OR= Odds Ratio (Olasılıklar Oranı)

Tablo 15: Kadınlarda İntihar Öyküsünün Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Adım 1	İntihar Öyküsü Olması (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %	
	İntihar Öyküsü Olması (Gözlenen)	Var	Yok	
	Var	70	23	75,3
	Yok	24	40	62,5
Sınıflandırma Yüzdesi				70,1

Sadece şiddet görmüş kadınlarda intihar girişim öyküsünü yordayan değişkenleri belirlemek için gerçekleştirilen ikinci lojistik regresyon analizinde, şiddete maruz kalma yerine cinsel şiddetin olup olmaması bağımsız değişkenlere eklenmiştir.

İntihar girişim öyküsünün bağımlı değişken olarak kabul edildiği lojistik regresyon analizinde cinsel şiddete maruziyet, kendine zarar verme davranışı, sağlık güvencesi, psikoaktif madde kullanımı, çalışma durumu, yaş, doğum yeri, aile tipi bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde bağımlı değişkenle ilişkisi için p değeri 0,25 ve altında bulunan bağımsız değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine aday değişkenler olarak dahil edilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde model bu aday değişkenlerden “olabilirlik oranı ile ileri doğru yöntemi (forward likelihood ratio)” kullanılarak elde edilmiştir.

Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kendine zarar verme davranışı ve aile tipi intihar öyküsünü istatistiksel olarak anlamlı yordayan bağımsız değişkenler olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Kendine zarar verme davranışı olan kadınlar olmayan kadınlara göre intihar öyküsü olasılığının 9,996 kat yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile intihar öyküsü olan kadınlar olmayan kadınlar ile

karşılaştırıldığında, kendine zarar verme davranışı bulunma olasılığının bulunmama olasılığına göre 9,996 kat yüksek olduğu saptanmıştır (%95 GA 3,747-26,668) (Tablo 16).

Aile tipi geniş aile olan kadınlarda aile tipi çekirdek aile olan kadınlara göre intihar öyküsü olma olasılığının intihar öyküsü olmama olasılığına göre 3,516 kat yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile intihar öyküsü olan kadınlar intihar öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında, aile tipinin geniş aile olma olasılığı çekirdek aile olma olasılığına göre 3,516 kat yüksek bulunmuştur (%95 GA 1,312-9,424) (Tablo 16).

Tablo 16: Şiddet Gören Kadınlarda İntihar Öyküsünü Yordayan Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=113)

Değişken	Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi			Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	Düzeltilmemiş OR	%95 Güven Aralığı	p değeri	Düzeltilmiş OR	%95 Güven Aralığı	p değeri
Cinsel Maruziyet						
Yok	Referans					
Var	2,791	1,130-6,893	0,026			
Self Mutilatif Davranış						
Yok	Referans			Referans		
Var	7,969	3,181-19,966	<0,001	9,996	3,747-26,668	<0,001
Sağlık Güvencesi						
Var	Referans					
Yok	2,390	1,037-5,506	0,041			
Uyuşturucu Madde Kullanma Öyküsü						
Yok	Referans					
Var	2,491	0,774-8,016	0,126			
Çalışma Durumu						
Evet	Referans					
Hayır	2,225	0,955-5,184	0,064			
Yaş	0,965	0,926-1,005	0,087			
Doğduğu Yer						
Kırsal	Referans					
Kentsel	2,060	0,930-4,564	0,075			
Aile Tipi						
Çekirdek	Referans			Referans		
Geniş	2,322	0,989-5,450	0,053	3,516	1,312-9,424	0,012

OR= Odds Ratio (Olasılıklar Oranı)

Kendine zarar verme davranışı ve aile tipi değişkenleri ile elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarısı %74,3 olarak bulunmuştur. Bu iki değişkeni içeren model ile intihar öyküsü olan olguların %85,3'ü doğru saptanırken (duyarlılık), intihar öyküsü olmayanların %52,6'sı (seçicilik) doğru saptanmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17: Şiddet Gören Kadınlarda İntihar Öyküsünün Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Adım 1		İntihar Öyküsü Olması (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %
		Var	Yok	
İntihar Öyküsü Olması (Gözlenen)	Var	64	11	85,3
	Yok	18	20	52,6
Sınıflandırma Yüzdesi				74,3

5. TARTIŞMA

Şiddet olgusu ülkemiz ve dünyada mücadele edilmesi gereken bir toplum sağlığı sorunu ve insan hakları ihlalidir. Toplum taramaları, ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlar, yataklı psikiyatri servisinde tedavisi sürdürülen kadınlar, kadın sığınmaevlerinde yaşayan kadınlar gibi farklı örneklem gruplarında psikiyatri ve şiddet konulu araştırmalar yapılmaktadır.

Literatür incelendiğinde, kadın sığınmaevlerinde şiddet mağduru kadınlar ile ilgili çalışmaların kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Bu araştırmada kadın sığınmaevi ya da ŞÖNİM'lerden yönlendirilip yatırılarak tedavi edilen kadın hastaların sosyodemografik özellikleri ile birlikte klinik verileri incelenmiştir.

5.1. TÜM VAKALARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

Çalışmamızda katılımcıların yaşları 18 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $32,85 \pm 9,58$ yıl olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç genç popülasyonun kadın sığınmaevlerinden ve ŞÖNİM'lerden hizmet aldığını göstermekte olup literatür ile paralellik göstermektedir (55,81,114,116,119).

Hollanda'da KSE'de kalan 184 şiddet mağduru kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların yaş ortalamasının 32,6 yıl olduğu, %83,2'sinin çalışmadığı, %24,5'inin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olduğu tespit edilmiştir (110). Ülkemizde yine KSE'de yapılan bir çalışmada vakaların çoğunluğa yakınının çalışmadığı, sosyoekonomik durumunun kötü olduğu ve eğitim seviyesinin düşük olduğu, genç yaşta evlendiği saptanmıştır (108).

Altınay ve Arat'ın (2007) yaptığı çalışmada gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların oranı %80,8 olarak bildirilmiştir (10). Mor Çatı'ya başvuran kadınların sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada; kadınların %71,5'inin iş sahibi olmadığı, %54,7'sinin sağlık güvencesinin bulunmadığı tespit edilmiştir (109).

Akyazı tarafından KSE'den hizmet alan şiddete maruz kalmış kadınlarla yapılan çalışmada ise benzer şekilde kadınların sadece %19'unun düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı, eğitim sürelerinin düşük olduğu, evliliklerin çoğunlukla genç yaşta yapılmış olduğu saptanmıştır (111).

Bizim çalışmamızda da olguların %26,8'inin iş sahibi olduğu, %66,2'sinin sağlık güvencesinin bulunduğu, evlenme yaş ortalamasının 19,91±4,64 yıl, eğitim sürelerinin ortalamasının ise 6,42±3,47 yıl olduğu saptanmış olup bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Kadınların %33,1'i geniş aile ile %66,6'u çekirdek aile yapısına sahip olduğu, evlenme şeklinin ise en sık görücü usulü (%47,9) olduğu tespit edilmiş, KSE'de yapılan araştırmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür (114,119).

Araştırmamızda geçmişte intihar girişimi bulunan katılımcıların, tüm katılımcıların yarısından fazlasını (%59,2) oluşturması dikkat çekici bir bulgudur. Yüksek intihar oranları açısından riskli kabul edilen sığınmaevi ve ŞÖNİM'lerden hizmet alan bu kadınların (58, 120); görece düşük eğitim süresi, erken evlilik yaşı, çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenler göz önünde bulundurulduğunda, sadece şiddeti önleme açısından değil, tek başına yaşamlarını sürdürebilme yeteneklerinin geliştirilmesi açısından da değerlendirilmesi gereken özellikli bir grup olduğu düşünülebilir.

5.2. ŞİDDETE İLİŞKİN VERİLER

DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı ve dünya genelinde 48 araştırma verisinin incelendiği raporunda kadınların %10-69'unun eşleri ya da partnerleri tarafından en az bir defa fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (60). Yine DSÖ tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada kadına yönelik fiziksel şiddet yaygınlığı için %13-61, cinsel şiddet yaygınlığı için %6-59, ruhsal şiddet yaygınlığı için ise %20-75 arasında değişen oranlar saptanmıştır (65).

Ülkemizde ise kadına yönelik şiddet ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurulu tarafından 1994'te yürütülmüş, kadına yönelik aile içi şiddet yaygınlığı %35 olarak tespit edilmiştir (87). Sonrasında

Altınay ve Arat tarafından yapılan çalışmada 1800 kadın ile görüşülmüş, şiddet oranının %33 ile %39 arasında değiştiği bildirilmiştir (10).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2014 yılında KSGM ile birlikte yürüttüğü ve yine KSGM'nin 2008 yılındaki çalışmasının devamı niteliğinde olan geniş örneklemlili Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre Türkiye'de yaşayan kadınların fiziksel ya da cinsel şiddetten en az birine maruz kalma oranı %38 olarak saptanmıştır. Yaşamlarının herhangi bir döneminde psikolojik şiddet görme oranının %44, ekonomik şiddet oranının ise %30 olduğu bildirilmiştir (41). Ülkemizin farklı illerinde kadına yönelik şiddet ile ilgili yapılan çalışmalarda şiddet sıklığı yine %32 ile %61 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (18,47,153,154).

Bizim çalışmamızda ise hayatının bir döneminde şiddetin herhangi bir türüne uğradığı saptanan kadın oranı %72'dir. Katılımcıların şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türüne göre yaygınlığı psikolojik şiddet için %72, ekonomik şiddet için %72, fiziksel şiddet için %59,2, cinsel şiddet için ise %25,5'tir. Araştırmalardaki yöntemsel farklılıklar ile kadınların şiddet algısındaki farklılıklar her ne kadar literatürdeki şiddet oranlarında değişkenliğe yol açmış olsa da, çalışmamızdaki şiddet oranlarının toplumun genelinde bakılan şiddet oranlarından yüksek olduğu aşıkardır. Bu durum araştırmanın yapıldığı örneklemin sığınmaevi ve ŞÖNİM'lerden hizmet alan kadınlardan oluşması ve bu kadınların psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle yatırılarak tedavi alıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim araştırmalar sığınmaevlerine başvuran kadınlarda her türlü şiddete maruziyet ve şiddetin uygulanma sıklığının genel popülasyondan daha yüksek olduğunu (113,114), ciddi bir psikiyatrik hastalığa sahip olan kadınların da yine genel popülasyon ile karşılaştırıldığında şiddetin her tipine maruz kalma riskinin 2-4 kat artmış olduğunu göstermektedir (127). Jacobson ve Richardson'ın psikiyatri servisinde yatan kadın hastalar ile yaptığı çalışmada kadınların %64 ünün fiziksel şiddete, %38 inin cinsel şiddete maruz kaldığı ve şiddeti uygulayanların büyük çoğunluğunun hasta ile aynı evde yaşadığı saptanmıştır (135) Yine psikiyatri kliniğinde yatan kadınlarda şiddete maruz kalma oranının %16-94 oranlarında olduğu başka bir araştırmada tespit edilmiştir (146).

KSE'lerinde yapılan çalışmalara benzer şekilde (111), çalışmamızda en sık şiddet türü psikolojik ve ekonomik şiddet olarak tespit edilmiştir. Şiddet gören kadınların hepsinin psikolojik ve ekonomik şiddet gördüğü, %35,4'ünün ise tüm şiddet tiplerine maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Herhangi bir tür şiddete maruziyetin diğer şiddet türlerine maruz kalma riskini arttırdığı, şiddet türleri arasında kesin bir çizgi olmadığı ve genellikle bir arada buldukları göz önünde bulundurulduğunda (30,55,57,98,106,119), araştırmamızın sonuçları KSE'lerinde kalan kadınlarda şiddet konusunda daha detaylı değerlendirme yapılması gerekliliği ve bir şiddet türünün varlığının diğer şiddet türlerinin de yaşandığına işaret edebileceği hususuna dikkat çekmektedir.

Şiddet denildiğinde akla ilk fiziksel şiddet gelmektedir; ancak diğer şiddet türleri de fiziksel şiddet kadar sık görülmektedir. Çalışmamızda da tüm şiddet türlerinin sıklığının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Şiddetin her türünün hem psikiyatrik hastalıklara neden olabildiği hem de var olan hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir. Sadece fiziksel şiddet değil psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddetin de sorgulanması ve tespit edilmesi ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukların önlenmesinin yanı sıra tedavi yaklaşımını da etkileyerek bu kadınların güçlendirilmesinde ve topluma kazandırılmasında faydalı olabilir.

Katılımcılar şiddet uygulayıcılar açısından incelendiğinde ise; kadınların %63,7'sinin eş/partner tarafından, %24,8'inin ailesi tarafından, %11,5'inin hem ailesi hem de eş/partneri tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Ülkemizde 1481 kadın ile yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan kadınların %89,2'sinin eş ya da partner tarafından şiddete uğradığı bildirilmiştir (147). Akyazı tarafından KSE'de kalan şiddet mağduru kadınlar ile yapılan bir araştırmada kadınların %79,7 sinin eşinden şiddet gördüğü saptanmıştır (111). Şiddeti uygulayanın en sık eş/partner olarak tespit edildiği çalışmamızın verilerinin ülkemizde ve dünyada yapılan şiddet konulu çalışmalar ile de benzer olduğu görülmüştür (78,79). Kadına şiddet en çok yakınları tarafından uygulanmaktadır, bu durum kadının şiddeti mahrem bir konu olarak görüp gizli tutmasına, şiddet karşısında sessiz kalmasına ve şiddet ortamında yaşamaya devam etmesine sebep olabilmektedir. Kadınların şiddet karşısında ne gibi yollar izleyebileceği konusunda bilgi alabileceği, destek göreceği

kurum ve kuruluşlar konusunda eğitilmesi; şiddet ortamından uzaklaşması ve şiddetle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

5.3. ŞİDDET MARUZİYET OLAN VE OLMAYAN GRUPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda evlenme yaşı açısından yapılan değerlendirmede şiddete maruz kalan grupta evlenme yaşının, şiddete maruz kalmayan gruba göre anlamlı derece daha küçük olduğu tespit edilmiştir. Sığınmaevinde kalan şiddet mağduru kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık yarısının (%47,5) 18 yaşından daha genç evlendiği tespit edilmiştir (108). Literatürde 18 yaşının altında evlenen bireyler çocuk olarak kabul edilmekte ve 18 yaş altında yapılan evlilikler 'erken evlilik' olarak tanımlanmaktadır ve yapılan araştırmalar sonucunda kız çocukları erkek çocuklarından çok daha erken yaşta evlendirildiği tespit edilmiştir (148). Erken yaşta yapılan evlilikler kadını; henüz hazır olmadığı ev içi rollere iterek, eğitim fırsatını elinden alarak, aile, arkadaş ve toplumdan uzaklaştırarak, başa çıkma becerilerinin gelişimini etkileyerek, iş hayatında ve eğitimde daha geri planda kalmasına neden olarak her türlü şiddetin mağduru olma riskini arttırabilir. Çalışmamızda da literatürdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde, şiddet gören grupta 18 yaş altında evlenen kadınların oranı %51,2 olarak hesaplanmıştır. Araştırmalarda elde edilen bulgular 'çocuk yaşta evlilik' olgusunun bireysel ve toplumsal boyutta olumsuz sonuçlarına işaret etmekte, toplumsal farkındalık yaratma ve bilinçlendirme çalışmalarında bu konuya vurgu yapılmasının önemini göstermektedir.

Erken evlilik gibi evlilik şekli de şiddete maruziyet riski ile ilişkilidir. Edirne'de yapılan bir çalışmada görücü usulü evlenmenin kadına yönelik şiddet riskini 2,5 kat, kaçarak ya da kaçırılarak evlenmenin ise riski 4 kat arttırdığı saptanmıştır(63). Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da istemeden ya da görücü usulü evlenme durumunda kadına yönelik şiddetin 1,9 kat arttığı belirtilmiştir (88). Araştırmamızın sonuçlarının görücü usulü ya da kaçarak evlenen kadınlardaki şiddet oranının anlaşarak evlenen kadınlardaki şiddet oranından daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür (15-17,19). Bireyin sorun çözme becerilerinin gelişmesinde; olumlu aile desteği alması ve kendisini aile bütünlüğü içinde algılamasının önemli olduğu (149), sosyal desteğin ve

sorun çözüme becerilerinin yetersiz olduğu durumlarda şiddetin devam ettiği bilinmektedir (150). Görücü usulü ya da kaçarak yapılan evliliklerde sorun çözüme becerilerinin yetersiz, sosyal desteğin görece daha az olması şiddete maruziyet sıklığının artmasında etkili olmuş olabilir.

Yapılan çalışmalarda çocuk sayısının artışının şiddet için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (98-100). Çalışmamızda da benzer şekilde, şiddet gören grupta şiddet görmeyen grup ile karşılaştırıldığında çocuk sayısının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısının artması ile evlilikte çift uyumunun azaldığı, evlilik içi çatışmaların arttığı bilinmektedir (151). Çocuk sayısının artışı ile ebeveyn olarak sahip olunan sorumluluğun ve baskının artması, eşlerin hissettikleri baskı ve gerginlik sebebiyle iletişim problemlerinin artması, ekonomik zorlukların ortaya çıkması, çocuklar ile ilgili kararlarda eşler arasında anlaşmazlık olasılığının artması gibi sebepler çocuk sayısı ile şiddet arasındaki ilişkiyi açıklayabilir.

Çalışmamızda eğitim süresinin şiddet gören grupta şiddet görmeyen gruba göre daha düşük olduğu, şiddet gören kadınların büyük çoğunluğunun 5 yıl ve altında eğitim almış ya da hiç eğitim almamış olduğu, 8 yıldan fazla eğitim gören kadın oranının ise oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna karşılık şiddet görmeyenlerde hiç eğitim almamış kadın olmadığı, yarısından fazlasının 8 yıldan fazla eğitim almış olduğu saptanmıştır. Altınay ve Arat tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gören kadınların oranının azaldığı, okuma yazma bilmeyen kadınlarda en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlarda bu oranın %12 olduğu saptanmıştır (10). Yapılan çalışmalarda eğitilmiş kadınların da şiddete maruz kalma oranının yüksek olduğu ancak şiddeti sonlandırma ve mücadelede daha başarılı oldukları ortaya çıkmıştır (133). Şiddet maruziyeti ile eğitim düzeyi arasındaki verilerimizin literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların şiddet görmesi halinde kurum ve kuruluşlara başvurma, çevresiyle paylaşma, evi terk etme gibi şiddet sorunu ile baş etme davranışlarında artış eğilimi görülmektedir (152). Eğitimin, kadının toplumda etkin bir rol alması, toplumla uyum içinde yaşaması, iletişim becerilerinin gelişmesi, sahip olduğu hakları bilmesi, haklarını kullanması, istihdama katılımının sağlanması, iş hayatında kadın erkek eşitliğinin

sağlanması böylece sosyoekonomik düzeyinin yükselmesinde oldukça önemli bir yere sahip olduğu (152) düşünüldüğünde eğitim düzeyi ile şiddete maruziyet arasında anlamlı bir ilişki bulunması beklenen bir sonuçtur.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda geniş aile ile yaşayan kadınların, çekirdek aile tipine sahip kadınlardan daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (11-14). Çalışmamızda da benzer şekilde şiddete maruz kalan kadınların geniş aile tipine sahip olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Geniş aile ile yaşamının kadın-erkek arasında iletişim sorunlarına yol açabilmesi, kadının bu ortamda düşüncelerini ve isteklerini kolay ifade edememesi, hem erkek hem kadının bağımsız karar verememesi ve çiftler arasındaki uyumun daha düşük olması (153) geniş aile ile şiddet maruziyeti arasındaki ilişkiyi açıklayabilir.

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, major depresyon (psikotik özellikli/psikotik özelliksiz), bipolar bozukluk (psikotik özellikli/psikotik özelliksiz) tanılarına sahip 324 kadın hastanın incelendiği bir çalışmada, şiddet maruziyeti ile medeni durum, yaş, psikiyatrik tanı ve hastanede yatış süresinin ilişkisiz olduğu; yatış sayısının ise şiddet gören kadınlarda anlamlı olarak daha fazla sayıda olduğu saptanmıştır (138). Psikiyatri kliniğinde yatmakta olan kadın hastalar ile yapılan başka bir çalışmada da psikiyatrik tanı ile şiddete maruziyet arasında ilişki saptanmamıştır (154). Görüldüğü üzere psikiyatrik hastalığın ne olduğu değil psikiyatrik hastalığın varlığı risk oluşturan faktördür. Çalışmamızda da benzer şekilde şiddete maruz kalan ve kalmayan vakalar medeni durum, yaş, psikiyatrik tanı ve hastanede yatış süresi açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Yatış sayısının ise şiddet gören kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların etkin bir şekilde tedavisinin ve takibinin yapılması; hastane yatış ihtiyacını en aza indirerek bu kadınların işlevselliğinin artırılması ve şiddete maruziyet oranlarının azaltılması konusunda önemli katkı sağlayabilecektir.

Şiddetin en sık psikiyatrik sonuçları depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu olarak bildirilmekle birlikte (25,27) bizim araştırmamızda literatürle uyumlu olarak şiddet gören grupta en yüksek tanı major depresyon iken TSSB oranları görece daha düşük bulunmuştur. Bu durum muayene sırasında TSSB'nin yeterince sorgulanmaması sebebiyle TSSB tanısının olduğundan daha az sıklıkta

konulması ile ilişkili olabilir. Psikolojik yakınmalarla başvuran bireylerde doğru tanı ve tedavinin sağlanabilmesi için, bu bireylerde şiddetin travmatik bir olay olarak algılanabileceği akılda tutularak TSSB semptomları mutlaka sorgulanmalıdır.

Şiddetin en önemli sonuçlarından biri intihardır. Çalışmamızda şiddet gören ve görmeyen grup intihar girişim oranları açısından karşılaştırıldığında şiddet gören gruptaki intihar oranlarının (%66,4), şiddet görmeyen gruba göre (%40,9) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 33 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde şiddet mağduru kadınlarda intihar oranının %4,6 ile %77 oranları arasında değiştiği, psikiyatri acil kliniğine başvuran şiddet mağduru kadınlarda intihar girişim oranının %55,3 olduğu bildirilmiştir (20). Şiddete maruz kalanlarda intihar düşüncelerinin şiddete maruz kalmayanlara göre 3 kat, intihar girişiminin ise 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (124). Aynı zamanda daha erken yaşta intihar girişiminde bulunduğu saptanmış ve girişimlerin tekrarlama olasılığı daha yüksek bulunmuştur (23). İntihar girişimi riskini arttıran faktörlerden biri de psikiyatrik hastalık varlığıdır (125). Psikiyatri kliniğinde yatan ve şiddet görme öyküsü olan kadınlarda ise intihar girişim oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir(126). KSE'den hizmet alan 59 kadın ile yapılan bir çalışmada intihar sıklığı %59,3 olarak saptanmıştır (111). Çalışmamızda tespit edilen intihar oranının yüksekliği, şiddetin kadınların ruh sağlığı üzerindeki etkisinin ciddiyetini göstermesi açısından önem arz etmektedir. Literatürde en sık kullanılan yöntem olan aşırı doz ilaç kullanımı (155), çalışmamızda da %56,4 ile yine ilk sırada yer almıştır.

Çalışmamızda şiddet gören gruptaki kendine zarar verme davranışı sıklığının (%52,2), şiddet görmeyen gruba (%9,1) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sansone ve arkadaşlarının 2007 yılında 113 kadın ile yaptığı çalışmalarında da benzer şekilde şiddet maruziyeti ile kendine zarar verme davranışının ilişkili olduğu bulunmuştur (26). Tüm şiddet türleri ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olmakla birlikte cinsel şiddetin diğer şiddet türlerine göre kendine zarar verme davranışı ile arasındaki ilişki daha güçlü bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel istismarının erişkin yaşamdaki sonuçlarından birinin kendine zarar verme davranışı olduğu çeşitli araştırmalarla tespit edilmiştir (165,166). Psikiyatri kliniğinde yatan 78 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağında uğranılan cinsel istismar

kadar, erişkin dönemdeki cinsel şiddetin de kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (158). Çalışmamızda da şiddet gören kadınlarda yapılan incelemede, cinsel şiddete maruz kalmış vakalar cinsel şiddete maruz kalmamış vakalar ile karşılaştırıldığında kendine zarar verme davranışının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı olan bireylerde problem çözme becerilerinin sağlıklı kontrollere göre yetersiz olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (168,169). Haines ve Williams 2003 yılında yaptıkları çalışmada, kendine zarar verme davranışı olanların sorunlar ile başa ıkımda başka bir yol bulamadıklarını; başa çıkma yöntemi olarak bu davranışı sergilediklerini tespit etmiştir (160). şiddete maruziyet stresli bir yaşam olayı olarak kabul edildiğinde şiddete maruz kalan ve sığınmaevine başvuran bu bireylerin; bu zorlu yaşantıyla ilişkili olarak tecrübe ettikleri psikolojik olaylar karşısında etkili çözümün becerilerinin daha düşük olduğu, bir başa çıkma yöntemi olarak kendine zarar verme ve intihar gibi yöntemlere daha sıklıkla başvurduklarını düşünülebilir. Bu zel grupta psikolojik becerilerin geliştirilmesine yönelik yapılacak olan psikoterapötik müdahaleler, işlevsel olan başa çıkma yöntemlerinin kullanılmaya sıklığını arttırarak kendine zarar verme davranışı ve intihar sıklığının azaltılmasında etkili olabilir.

Yapılan araştırmalarda şiddete maruziyet ile sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımının arttığı tespit edilmiştir (30,35,146). Çalışmamızda da benzer şekilde şiddet gören ve görmeyen grup sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı açısından karşılaştırılmış; şiddet gören olguların bulunduğu grupta sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanım sıklığı şiddet görmeyen olguların bulunduğu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kendine zarar verme ve intihar davranışında olduğu gibi yine şiddetin ortaya çıkardığı psikolojik olaylarla başa ıkımda sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımının bir yöntem olarak kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.4. İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Çalışmamızda intihar girişimi ile ilişkili olabilecek çalışma durumu; sağlık güvencesi; medeni durum; yaş; sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı; aile tipi; kendine zarar verme davranışı; şiddete maruziyet; maruz kalınan şiddet türü değişkenleri incelenmiştir.

İşsiz ya da düşük gelir sahibi olmanın intihar için risk olduğunu (170,171) gösteren çalışmaların yanı sıra, yüksek gelir sahibi ve çalışan olgularda intihar girişim riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da (163) mevcuttur. Sıklıkla sosyoekonomik seviyenin bir göstergesi olan sağlık güvencesine dair ülkemizde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda yapılan bir araştırmada ise intihar girişimi olan grupta herhangi bir sağlık güvencesi olmayanların oranı %72,9 iken, kontrol grubunda ise bu oran %35,6 olarak tespit edilmiştir (164). Bizim çalışmamızda ise hem tüm vakalarda hem de sadece şiddet gören vakalar ile yapılan incelemelerde; intihar girişim öyküsü olan grup olmayan grup ile karşılaştırıldığında sağlık güvencesine sahip olma oranının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da intihar girişimi olan grupta işsizlik oranı olmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Sağlık güvencesi yokluğu ve işsizlik; hem tedavi hizmetlerinden daha az yararlanmanın, hem de sosyoekonomik yetersizliğin dolaylı bir göstergesi olabilmesi nedeniyle intihar girişimi için risk faktörleri olarak kabul edilebilir. İşsizlik oranının yüksek bulunmuş olması psikiyatrik hasta popülasyonunda işsizliğin daha fazla görülmesi ve örneklemimizin kadın sığınmaevi ve ŞÖNİM'lerden hizmet alan kadınlar oluşması gibi nedenler ile ilişkili olabilir.

Literatür incelendiğinde intihar girişim oranının bekarlarda, boşanmışlarda ve ayrı yaşayanlarda daha fazla görüldüğü ve evliliğin intihardan koruyucu bir etmen olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (174-176), medeni durumun intihar ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (177-179). Bazı çalışmalarda yaş intihar girişimi ile ilişkili bulunmazken (167,168), bazı çalışmalarda genç yaşın intihar riskini arttırdığı (125) tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda yine tüm vakalar ve sadece şiddet gören vakalar ile yapılan incelemelerde yaş, medeni durum ve çalışma durumu ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum

intihar davranışı üzerinde etkili olan tek bir faktörün bulunmaması; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, sosyokültürel özellikler, olumsuz yaşam olayları, ailede intihar girişim öyküsünün varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, alkol ve psikoaktif madde kullanımı, fiziksel hastalık varlığı, sosyal destek gibi çeşitlilik gösterebilen bu faktörlerin karşılıklı etkileşimlerinin de intihar davranışını etkileyebiliyor olmasından (125) kaynaklanıyor olabilir

Sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanım oranı ile intihar girişim öyküsü ilişkisi incelendiğinde tüm vakalarda yapılan analizlerde intihar girişimi olan grup intihar girişimi olmayan grup ile karşılaştırıldığında kullanım oranı anlamlı olarak yüksek saptandı. Sadece şiddet gören olguların bulunduğu grupta yapılan incelemelerde alkol ve sigara kullanım oranının intihar girişimi olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu; psikoaktif madde kullanımının da daha yüksek olduğu ancak anlamlı ilişki olduğunu gösterecek oranlara ulaşmadığı tespit edildi. Sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımının intihar riskini arttırdığı literatürde birçok çalışmada gösterilmiştir (181-183). Bu sonuçlar sadece şiddet maruziyetinin değil, evden ayrılmayı gerektirecek herhangi bir durumun bireyi psikolojik olarak etkileyebileceği, zorlu deneyimlere yol açabileceği ve bunlarla başa çıkmak adına işlevsiz başa çıkma yöntemlerine başvurabileceğini göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Sosyal desteğin güçlü olduğu kalabalık ailelerde intihar riskinin azaldığını gösteren çalışmaların (170) aksine araştırmamızda intihar girişimi olan gruptaki geniş aile oranı intihar girişimi olmayan gruba göre yüksek bulunmuş; intihar girişim öyküsü olan kadınlar intihar girişim öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında aile tipinin geniş aile olma olasılığı çekirdek aile olma olasılığına göre 3,373 kat fazla bulunmuştur. Mevcut literatür ile olan bu farklılık çalışmamızın örneklemini oluşturan şiddet ya da farklı sebeplerle evlerini terk etmiş kadınların sosyal desteğinin az, aile ortamının çatışmalı olması gibi nedenlerle açıklanabilir. Yine işlevsel olmayan alkol, madde ve sigara kullanımı ile kendine zarar verme davranışı gibi başa çıkma yöntemlerinin intihar girişimi olan grupta daha yüksek olduğuna dair bulgularımız da göz önünde bulundurulduğunda; işlevsel olan başa çıkma yöntemlerini öğrenebilecek aile gibi bir sosyal çevreden yoksun oldukları, hali

hazırda bu işlevsel başa çıkma yöntemlerini yeterince kullanamayan ailenin de bireyin karşılaştığı zorlu durumlarda yeterince destek sunamayacağı söylenebilir.

Psikiyatri kliniğinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada %45,3'ünde kendine zarar verme davranışı olduğu, %63,2'sinin ise intihar girişim öyküsü olduğu görülmüş, intihar girişim öyküsü ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (171). Prospektif çalışmalarda kendine zarar verme davranışı olan bireylerde ilerleyen zamanda intihar girişiminde bulunma oranı yüksek saptanmıştır (186,187). Çalışmamızda da benzer biçimde kendine zarar verici davranış ile intihar arasındaki ilişki incelendiğinde; sadece şiddet gören vakalar ve tüm vakalar ile yapılan analizlerde, intihar girişimi olan gruptaki kendine zarar verme davranışı oranı, intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kendine zarar verme davranışı intihar girişim öyküsünü istatistiksel olarak anlamlı yordayan bağımsız değişken olarak bulunmuş, kendine zarar verme davranışı olan kadınların olmayan kadınlara göre intihar öyküsü olasılığının 6,804 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kendine zarar verme davranışının, tıpkı intihar davranışı gibi işlevsiz bir başa çıkma davranışı olduğu düşünüldüğünde araştırmamızın bu sonucu şaşırtıcı olmasa da, kendine zarar verme davranışı olan kadınlara yapılacak erken müdahalelerin intihar girişimini önlemede yeri olduğuna işaret etmesi bakımından önem teşkil etmektedir.

İntihar girişimini yordayan faktörlerin incelendiği her iki lojistik regresyon analizinde cinsel şiddet ve şiddete maruziyet tek değişkenli lojistik regresyon analizinde intihar girişimi ile ilişkili bulunmuş; ancak çok değişkenli lojistik regresyon analizinde diğer değişkenler için düzeltme yapıldığında hem şiddete maruziyet hem de cinsel şiddet varlığı istatistiksel önemini yitirmiştir. Bunun nedeni kendine zarar verme davranışının tüm grupta şiddete maruz kalanlarda (%52,2) şiddete maruz kalmayanlara (%9,1) göre; şiddet gören kadınlarda ise cinsel şiddete maruz kalanlarda (%72,5) cinsel şiddete maruz kalmayanlara (%41,1) göre oldukça yüksek sıklıkta bulunuyor olmasıdır.

Şiddet maruziyeti ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu bilinmekle birlikte (125), yapılan çalışmalarda diğer şiddet türleri ile karşılaştırıldığında cinsel

şiddete uğrayan kadınların intihar girişim oraları daha yüksek bulunmuştur (136,137). Psikiyatrik hastalığı olan, şiddete maruz kalmış ve intihar girişimi olan kadın hastalar ile yapılan bir çalışmada cinsel şiddet varlığının diğer şiddet türlerine göre intihar girişime daha yüksek risk oluşturduğu bildirilmiştir (127). Çalışmamızda da şiddete uğrayan ve intihar girişimi olan kadınlarda, intihar girişimi olmayanlara göre cinsel şiddete maruz kalma öyküsü anlamlı olarak daha yüksekti. Şiddet mağduru kadınların büyük bir kısmının şiddeti bir kişi ya da kurumla paylaşmaktan çekindiği, konu cinsel şiddet olunca bu oranın arttığı bilinmektedir (39). Travmada yaşanan çaresizlik, kontrol edememe, şok, vücut bütünlüğünün tehdidinin cinsel saldırı travmalarında diğer travmalara göre çok daha belirgin olarak ortaya çıkması ile beraber (174); tanıdık biri tarafından cinsel şiddete maruz kalmanın travmayı yoğunlaştırıcı etkisi (175); cinsel şiddet mağduru kadınların aileyi yitirmekten korkma, utanç duyma veya damgalanma gibi sebeplerle yaşadığı çaresizlik hissi sonucu destek arama davranışının azalması gibi sebepler cinsel şiddet ile intihar arasındaki ilişkiyi açıklayabilir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu da şiddet türü arttıkça intihar girişim oranının da artmasıdır. Birden fazla şiddet türüne maruz kalmanın ruh sağlığı üzerinde daha ağır sonuçlara neden olduğu (99) göz önünde bulundurulduğunda intihar girişim oranının yüksek olması beklenen bir sonuç olsa da; bulgularımız sığınmaevi ve ŞÖNİM'lere başvuran kadınlarda intihar riski değerlendirilmesinde sadece şiddetin varlığının tespitinin yeterli olmayacağı bununla birlikte maruz kalınan şiddetin türünün de intihar risk derecesini belirlemede önemli bir husus olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇLAR, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Şiddet, her türlü baskı, otorite ve kontrol ilişkisi ile karşımıza çıkabilmektedir. Kadına yönelik şiddetin ülkemizde ve dünyada görünürlüğü her geçen gün artmakta, mücadele yöntemleri tartışılmakta ve sorgulanmaktadır. Toplumsal yaşamın her aşamasında karşımıza çıkan kadına yönelik şiddet olgusu; kadının maddi ve manevi bütünlüğüne ağır zarar vermesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra kadının toplumsal yaşama aktif katılımının da önüne geçmektedir. Şiddetin kadının ruh sağlığına etkisi, sosyal sonuçlar da dikkate alındığında, beden bütünlüğü üzerindeki etkisinden daha derin ve kalıcı olabilmektedir. Bu nedenlerle kadınlarda şiddetin ruhsal etkilerini incelemek önem arz etmektedir.

Şiddet ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki iki yönlüdür. Şiddete maruziyet psikiyatrik hastalık gelişimine yatkınlık oluşturabileceği gibi; psikiyatrik hastalığı olan kadınlar da şiddete karşı daha savunmasızdır. Ayrıca şiddetin var olan psikiyatrik hastalığı kötüleştirdiği de bilinmektedir. Farklı çalışmalarda değişen şiddet oranları saptansa da en düşük oran göz önünde bulundurulsa dahi üç kadından biri şiddete maruz kalmaktadır. Psikiyatri poliklinikleri ya da kliniklerinde yapılan çalışmalarda ise bu oranın daha arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenlerle ruh sağlığına yapılan müdahalelerin şiddete maruz kalma oranını azaltacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı profesyonellerinin şiddeti ve istismarı rutin değerlendirmenin bir parçası olarak sorgulaması da bu noktada büyük önem taşımaktadır. Çoğu psikiyatrik hastalığı olan kadının yaşadığı şiddeti kimseyle paylaşmadığı düşünüldüğünde kadının kendisini hazır hissettiğinde şiddet konusunda konuşabileceğinin vurgulanması, hastaların kaçındığı bu temadan klinisyenin kaçınmaması ve klinisyenin konu hakkında bilgi sahibi olması sağaltım için önemlidir.

Vaka grubumuzda intihar girişim oranlarının yüksek oluşu bu kadınların yakından izlenmeleri ve psikiyatri hekimlerince değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir. Yine intihar davranışı ile ilişkili olabilecek klinik ve sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgularımız, bu vakaların risk değerlendirilmesi ve izleminde özellikle dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik veriler sunmaktadır. Yapılacak bireysel ve grup çalışmaları bu bireylerin başkalarının da benzer sorunlar yaşadığını görmelerini sağlamanın yanı sıra, eksik oldukları yönlerinin de tespit edilerek güçlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Sonuç olarak, çalışmaya katılan kadınların çoğunun şiddete maruz kaldığı, şiddet gören kadınlar görmeyen kadınlar ile karşılaştırıldığında eğitim düzeyinin ve sosyokültürel düzeyinin düşük olduğu, düzenli bir işe sahip olmadığı, sosyal desteklerinin zayıf olduğu görülmüştür. Bu grubun toplum içindeki uyumunu arttırmaya yönelik uzun süreli rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması önem taşımaktadır. Meslek edindirme ve çalışma imkanlarının sağlanması, destekleme, gerekli koşullarda psikiyatrist başvurularının ve farmakolojik tedavilerinin sağlanması, grup ve bireysel terapilerin yapılması sığınmaevlerinde kalma süreçlerinde kadınların bireysel gelişimlerine katkıda bulunacaktır. Literatür incelendiğinde şiddet uygulayıcılar ile ilgili verilerin kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Şiddet ile farklı mücadele stratejileri oluşturulması bağlamında şiddet uygulayıcılar hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda yöntem ve örneklemeden kaynaklanan bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle çalışmamız geriye dönük dosya taraması şeklinde tasarlanmıştır. Bu durum da veriler toplanırken sadece dosya bilgilerinden faydalanabilmemize neden olmuştur. Popülasyonumuz retrospektif bir çalışma ile incelendiğinden herhangi bir değerlendirme ölçeği kullanılamamıştır, bu durum bireylerin psikolojik süreç ve tutumlarına ilişkin bir değerlendirme yapılması konusunda kısıtlılığa neden olmuştur. Şiddetin derecesi, sıklığı ve bireylerin başa çıkma biçimleri ile psikolojik süreçlerinin de değerlendirildiği araştırmaların yapılması gerekmektedir. Çalışmaya yalnızca tek bir psikiyatri hastanesinde yatan kadın sığınmaevi ya da ŞÖNİM'den hizmet alan kadınların dahil edilmesi sebebiyle vaka sayısının az olması, homojen bir grubun olmayışı, katılımcılar ile yüz yüze

görüşme yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir. Her ne kadar kadın sığınmaevi ve ŞÖNİM'den yönlendirilip psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmüş olarak tanımlanan dar bir evrende yüksek sayıda örnekleme ulaşmak zor olsa da vaka sayısının arttırıldığı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı kontrol grubunun olmamasıdır. Kontrol grubu kullanarak yapılacak çalışmaların yeni bakış açıları kazandıracağı düşünülmektedir. Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır, prospektif bir çalışma olmaması nedeniyle şiddet ve psikiyatrik hastalıklar arasında direkt bir ilişki saptanamamıştır. Şiddet gören psikiyatrik hastalığa sahip kadınların kesitsel ya da prospektif olarak değerlendirildiği, daha geniş örneklemlerle araştırmaların yapılması ile rehabilitasyon sağlamaya yönelik müdahalelerin etkinliği değerlendirilebilecek ve bu alandaki bilgi birikimimizi artacaktır.

Araştırmamız verileri toplu olarak değerlendirildiğinde; şiddet maruziyet oranlarının sığınmaevlerine ve ŞÖNİM'lere başvuran kadınlarda yüksek olduğu, bu travmatik yaşantının alkol, sigara ve psikoaktif madde kullanımı ile kendine zarar verme davranışı ve intihar gibi işlevsiz başa çıkma davranışlarına yol açabileceği ileri sürülebilir. Araştırmamız verileri doğrultusunda risk grupları belirlenerek, bu gruptaki işlev bozucu başa çıkma davranışlarıyla ilişkili psikolojik süreçlerin tespiti ve sonrasında ampirik müdahale çalışmalarının planlanması; intihar gibi yıkıcı sonuçların engellenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Resmi Gazete. Kadın konukevlerinin açılması ve işletilmesi hakkında yönetmelik. (Çevrimiçi): <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130105-5.htm>, 2018.
2. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadın Sığınmaevleri Kılavuzu, Ankara. 2008.
3. Çoban A.İ, Kadın Sığınma Evlerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları, Aile ve Kadın Sempozyumu, 2013;73.
4. Altıparmak İB, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Şönim'lerin Rolü: Ankara Örneği 1 The Role Of Centers Of Violence Against Women In Struggle For Domestic Violence Against Women: ANKARA SIMPLE. J Acad Soc Sci Stud Int J Soc Sci [Internet] 2015 [cited 2019 Sep 6]; Available from: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2882>.
5. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, Galán I, Aguirre R, Ramírez R, Durbán M. Intimate partner violence: Last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. Eur J Public Health, 2010; 20:169–75.
6. Sallan GS, Türkiye’de Kadın Sığınmaevleri Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar mı. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2011, 48 p.
7. World Health Organization, Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence Executive summary,2013.
8. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med, 2002; 23:260–8.
9. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet 2002; 359(9313):1232–7.
10. Altınay A, Arat Y. Türkiye’de kadına yönelik şiddet, İstanbul Punto Baskı Çözümleri, 2008.
11. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyat Derg 2006; 17(2):107–14.
12. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile içinde şiddet ve toplumsal alanda şiddet. Bilim serisi, 1998, 113;45-48.
13. Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: Survey study. Croat Med J, 2006; 47:742–9.
14. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO Multi-country Study on women’s Health and Domestic Violence. BMC Public Health 2011; 11.
15. Yount KM, Li L. Domestic Violence Against Married Women in Egypt. Sex Roles, 2010; 63:332–47.

16. Kaymaz HE, Öztürk A, Bağcıoğlu E. Psychiatric evaluation of married women who exposed to domestic violence Aile içi şiddete maruz kalan evli kadınların psikiyatrik değerlendirilmesi, *Gaziantep Med J*, 2014; 20:15–9.
17. Sahin BB, Dünder PE. Violence against women and quality of life/Kadına yönelik siddet ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017, 18:3,203-11.
18. Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatr Derg* 2012; 23.2:1–7.
19. Kotan Z, Kotan VO, Yalvaç HD, Demir S. Association of Domestic Violence Against Women With Sociodemographic Factors, Clinical Features, and Dissociative Symptoms in Patients Who Receive Services From Psychiatric Outpatient Units in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence* SAGE Publications Inc. 2017.
20. Mullen PE, Walton VA, Romans-Clarkson SE, Peter Herbison G. Impact Of Sexual And Physical Abuse On Women's Mental Health. *Lancet* 1988; 331:841–5.
21. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: A literature review. *Women's Health Issues*. 1992, p. 154–63.
22. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*, 2000; 9:451–7.
23. Smith PH, Thornton GE, DeVellis R, Earp JA, Coker AL. A population-based study of the prevalence and distinctiveness of battering, physical assault, and sexual assault in intimate relationships. *Violence Against Women*, 2002; 8:1208–32.
24. Jaffe P, Wolfe DA, Wilson S, Zak L. Emotional and physical health problems of battered women. *Can J Psychiatry* 1986; 31:625–9.
25. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Medicine*. 2013.
26. Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Heal*, 1993; 84:246–9.
27. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Violence* 1999; 14:99–132.
28. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2012; 7.
29. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. *Trauma, Violence, Abuse* 2001; 2:99–119.
30. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. Elsevier Limited, 2002, p. 1331–6.
31. Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, Suvak MK, Vaughn RA, Resick PA. Predictors of Intimate Partner Violence Revictimization: The Relative Impact of Distinct PTSD Symptoms, Dissociation, and Coping Strategies. *J Trauma Stress* 2013; 26:102–10.
32. Reprints R. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life The Effect of Child Sexual Abuse on Social, Interpersonal and Sexual Function in Adult Life. 2014;35–47.

33. Sansone RA, Chu J, Wiederman MW. Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14:352–7.
34. Kaplan ML, Asnis GM, Lipschitz DS, Chorney P. Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 1995; 36:229–35.
35. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. 2005.
36. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010; 40:881–93.
37. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence* 2009; 24:1398–417.
38. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *J Marriage Fam* 2005; 67:1103–19.
39. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2012; 20:380–90.
40. Tolman RM, Rosen D. Domestic violence in the lives of women receiving welfare: Mental health, substance dependence, and economic well-being. *Violence Against Women* 2001; 7:141–58.
41. Ayub M, Irfan M, Nasr T, Lutufullah M, Kingdon D, Naeem F. Psychiatric morbidity and domestic violence: A survey of married women in Lahore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:953–60.
42. Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry* American Psychiatric Association, 1998; 155:131–3.
43. Webermann AR, Brand BL, Kumar SA. Intimate Partner Violence Among Patients With Dissociative Disorders. *Journal of Interpersonal Violence* SAGE Publications Inc., 2017.
44. Friedman SH, Loue S, Goldman Heaphy EL, Mendez N. Intimate partner violence victimization and perpetration by puerto rican women with severe mental illnesses. *Community Ment Health J* 2011; 47:156–63.
45. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord*, 2011; 25:456–65.
46. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması [Internet]. Ankara, 2009 Available from: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf>.
47. Yanik A, Hanbaba Z, Soygür S, Ayalti B, Doğan M. Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarının Değerlendirilmesi: Türkiye’den Kanıt. 2014.

48. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması [Internet]. Ankara, 2015 Available from: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.
49. Almiş BH, Kütük EK, Gümüştaş F, Çelik M. Risk Factors for Domestic Violence in Women and Predictors of Development of Mental Disorders in These Women. *Noro Psikiyatı Ars*, 2018; 55:67–72.
50. Ergöçmen B, Türkyılmaz AS, Özgören AA. Coping Strategies for Violence against Women. In *National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey 2015*.
51. Davies J, Lyon E. *Domestic violence advocacy: Complex lives/difficult choices*. Sage Publications, 2013;7.
52. Anderson DK, Saunders DG. Leaving An Abusive Partner: An Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. *Trauma, Violence, Abuse* 2003; 4:163–91.
53. Sallan GS. The role of the State in protecting women against domestic violence and women’s shelters in Turkey. *Womens Stud Int Forum* 2013; 38:107–16.
54. Gezen M, Oral ET. Kadın Sığınma Evinde Yaşayan Kadınlar İle Şiddet Gördüğü Evde Yaşamaya Devam Eden Kadınların Bağlanma Biçimlerinin Ve Ruhsal Belirti Düzeylerinin İncelenmesi / Attachment Styles And Psychological Symptoms Of Women Continue To Live In The House They Were S. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*, 2013; 26:65–71.
55. Taşkale N. Kadın Sığınma Evlerinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınlar : Demografik ve Sosyoekonomik Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2016; 19:3–11.
56. Alpago C. Kadına yönelik şiddet ve kadın sığınma evleri olgusu. *Fen Bilimleri Enstitüsü* 2006;139.
57. Erdoğan S, Aktaş A, Bayram GO. Sığınma evinde yaşayan bir grup kadının şiddet deneyimleri ve baş etme yaklaşımları: Niteliksel bir çalışma. *Uluslararası İnsan Bilim Derg* 2009, 6.1:807-24.
58. Yıldırım A. *Sıradan şiddet: Kadına ve çocuğa yönelik şiddetin toplumsal kaynakları*. Boyut Kitapları, Boyut Yayın Grubu, 1998.
59. Öztürk E. Türkiye’de aile, şiddet ve kadın sığınma evleri. İstanbul: Birey Yayıncılık, 2010, 5; 43, 130–131 p.
60. Karakaş S, Şener Ü, Otaran N. Kadın sığınmaevleri kılavuzu. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008.
61. Erim BR, Yücens B. Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sığınma Evleri. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2016; 25:536–48.
62. Cumhurbaşkanlığı 1 No’lu Kararnamesi, 2018. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf>.
63. Çiltaş Ç, Var EÇ. Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Konukevi Hizmetine İlişkin Bir Araştırma: Ankara Örneği. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*, 1.3:13-23.
64. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Internet]. [cited 2019 Sep 6], Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130105-5.htm>.

65. Reçber B. Türkiye’de Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Etkin mi? Yönetim ve Ekon Araştırmaları Derg 2018;367–76.
66. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Internet]. [cited 2019 Sep 5], Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130105-5.htm>.
67. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2014 [cited 2019 Sep 6];1–9. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130105-5.htm>.
68. Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Internet]. TDK. 2019, Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
69. Etienne G Krug, James A Mercy, Linda L Dahlberg ABZ. The world report on violence and health. Lancet, 2002.
70. Kocacık F. Aile içi ilişkilerde kadına yönelik şiddet: Türkiye’den örnekler. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, 2004.
71. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2014. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/ksgm>.
72. Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurularan TBMM Araştırma Komisyonu Raporu, 2006.
73. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. Lancet 2006;
74. Ertürk Y. Kadına Karşı Şiddet, Nedenleri ve Sonuçları: Türkiye Raporu. ,Ankara. 2007
75. Resmi Gazete. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi 1 [Internet]. 1985 Available from: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/CE_DAW_Sozlesmesi_ve_Ihtiyari_Protokolu.pdf
76. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi şiddet [Internet]. [cited 2019 Sep 6] Available from: www.ksgm.gov.tr
77. KSGM, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü A. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. Ankara, 2012,
78. Heise L, Ellsberg M, Reports MG-P, 1999 U. Ending violence against women. [Internet]. Population reports. Series L, Issues in world health. 1999, p. 1–43.
79. Page A, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikol Yazıları 2008; 11:81–94.
80. Sallan GS, Türkiye’de Kadın Sığınmaevleri Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar mı. İstanbul: Bağlan Yayınları, 2011, 19-22 p.
81. Çiltaş Ç, Var EÇ, Research On Violence Against Women And Service From Women ’ s Shelter House. 2019; 2:13–23.
82. Karal D, Aydemir E. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. International Strategic Research Organization (USAK), 2012.
83. Krantz G, Garcia-moreno C. BMJ Publishing Group Violence against Women Violence. Epidemiol Community Health [Internet] 2011 [cited 2019 Sep 6]; 59:818–21. Available from: <http://jech.bmj.com/>.

84. Ilkkaracan P, Gulcur L, Arin C. Sıcak yuva masalı: Kadının İnsan Hakları Projesi (Hot Slots Tale: Women's Human Rights Project). İstanbul: Metis, 1996.
85. Yıldız E, Bal Ö, Binbir S. Kadına Şiddetin Adı: Mor Halkalar. Sos Bilim Derg 2015; 2014
86. Heise LL. Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Woman SAGE Publications Inc., 1998; 4:262–90.
87. Kocacik F, Kutlar A, Erselcan F. Domestic violence against women: A field study in Turkey. Soc Sci J 2007; 44:698–720.
88. Guilbert JJ. The world health report 2002- Reducing risks, promoting healthy life [2]. Education for Health. World Health Organization, 2003, p. 230.
89. Irmak Ç, Altıntaş M. Aile içi şiddet mağduru kadınlarda ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji. Anadolu Psikiyatr Derg 2017; 18:561–70.
90. Gracia E. Intimate partner violence against women and victim-blaming attitudes among Europeans. Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization, 2014, p. 380–1.
91. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006; 368:1260–9.
92. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report | European Union Agency for Fundamental Rights [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 6] Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.
93. <https://www.amnesty.org.tr/public/uploads/files/Rapor/eur440132004tr.pdf> [Internet]. [cited 2019 Sep 9], Available from: <https://www.amnesty.org.tr/public/uploads/files/Rapor/eur440132004tr.pdf>.
94. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu [Internet] 1995 [cited 2019 Sep 6]; Available from: http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293dab369dc32358ee2b0f/kutuphane_20_aile_ici_siddeti_n_sebep_ve_sonuc_lari.pdf.
95. Ghimire DJ, Axinn WG, Smith-Greenaway E. Impact of the spread of mass education on married women's experience with domestic violence. Soc Sci Res Academic Press Inc., 2015; 54:319–31.
96. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. Am J Public Health American Public Health Association Inc., 1999; 89:241–4.
97. Bracken MI, Messing JT, Campbell JC, La Flair LN, Kub J. Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: Prevalence and risk factors. Issues Ment Health Nurs 2010; 31:137–48.
98. Abbaspoor Z, Momtazpour M. Domestic Violence and Its Related Factors Based a Prevalence Study in Iran. Glob J Health Sci 2016; 8:1.
99. T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması 2008.

100. Gülseren L, Gündelik Yaşamdan Kliniğe Şiddet ve Psikiyatri. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2017, 55–87 p.
101. Akyüz G. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanısı. Yeni Symposium. 2002; 40.
102. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence* 2003; 18:166–85.
103. Kaptanoğlu İY, Çavlin A, Ergöçmen BA. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması, 2015.
104. Vahip I. Domestic violence and its developmental dimension: a different perspective. *Türk Psikiyatri Derg*, 2002; 13:312–9.
105. Romito P, Turan JM, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women’s mental health. *Soc Sci Med*, 2005; 60:1717–27. Available from: www.elsevier.com/locate/socscimed.
106. Subaşı N, Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2003, 321–249 p.
107. Bedir N, Ekerbiçer HÇ, İnci MB, Köse E, Karatepe TU, Demirbaş M, P. Karabel M, Erdoğan N, Tok Ş, A. Kibar F, Sancar Ö, Muratdağı G, Çopur Ö, Dikmen Ö, Sezer MN, Musaoğlu E, Kurban A, Arslan A, Karaaytaç R, et al. Sakarya’da Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Algı Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Sak Med*, 2018; 7:188–96. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.31832/smj.363175>
108. Baran AG, Küçük BŞ, Maybek D. Kadınların Eşleri Tarafından Gördükleri Şiddeti Meşrulaştırmaları Üzerinde Kamusal Alanın Etkisi. *Sos ve Beşeri Bilim Derg*, 2012; 8012:41–50.
109. Kurt E, Yorguner Kupeli N, Sonmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Domestic Violence Among Women Attending To Psychiatric Outpatient Clinic. *Noro Psikiyatr Ars [Internet]* 2016 [cited 2019 Sep 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045801/>.
110. Gulcur L. A Study on Domestic Violence and Sexual Abuse in Ankara , Turkey. *Women Women’s Hum Rights Reports* 1999;1–22.
111. Hacıoğlu N. Social And Economic Resources And Physical Abuse Against Women By Their Husbands. Middle East Technical University, 2006.
112. Çiftçi, Ö. Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2007.
113. Astin MC, Oglan-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons With Maritally Distressed Women. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:308–12.
114. Kısa S, Zeyneloğlu S, Sergek Verim E. The Level of Hopelessness and Psychological Distress among Abused Women in A Women’s Shelter in Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*, 2019; 33:30–6.
115. Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı. Geleceğim Elimde. İstanbul: Mor Çatı Yayınları. Violence against women in Turkey, 1998.

116. Jonker IE, Lako DAM, Beijersbergen MD, Sijbrandij M, van Hemert AM, Wolf JRLM. Factors Related To Depression and Post-Traumatic Stress Disorder in Shelter-Based Abused Women. *Violence Against Women* SAGE Publications Inc., 2019; 25:401–20.
117. Akyazi S, Tabo A, Guveli H, İlnem MC, Oflaz S. Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Ment Health J* Springer New York LLC, 2018; 54:361–9.
118. Smith PN, Kuhlman S, Wolford-Clevenger C, Faulk R, D'Amato D, Granato S. Interpersonal Trauma, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and the Interpersonal Theory of Suicide in Women Seeking Shelter from Intimate Partner Violence. *J Aggress Maltreatment Trauma* Routledge, 2016; 25:812–30.
119. MacHado CL, De Azevedo RCS, Facuri CO, Vieira MJN, Fernandes AMS. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *Int J Gynecol Obstet* John Wiley and Sons Ltd, 2011; 113:58–62.
120. Galano MM, Hunter EC, Howell KH, Miller LE, Graham-Bermann SA. Predicting Shelter Residence in Women Experiencing Recent Intimate Partner Violence. *Violence Against Women* 2013; 19:518–35.
121. Görgün BA, Şahin KB, Maybek SD. Perception of violence against women in the construction of patriarchy. In *Springer Proceedings in Complexity* Springer, 2018, p. 687–700.
122. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, Rivara FP. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *Am J Prev Med* 2006; 30:458–66.
123. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, Lowe RA, Anderson E, Shaw LM, Bethel CA, Teeple L. Violent injuries among women in an urban area. *LDI Issue Brief* , 2000; 5:1–4.
124. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151:342–7.
125. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am* W.B. Saunders, 1997; 20:353–74.
126. Rhodes NR, McKenzie EB. Why do battered women stay?: Three decades of research. *Aggress Violent Behav* Elsevier Ltd, 1998; 3:391–406.
127. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112:351–9.
128. Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* 2012; 3:59–75.
129. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, Heise L, Durand J, Mbwambo J, Janssen H, Berhane Y, Ellsberg M, Garcia-Moreno C. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med* 2011; 73:79–86.
130. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008; 371:1165–72.

- 131.O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd, 2014, p. 73–85.
- 132.Hilberman Carmen E, Rieker PP, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry Boston, MA: Springer US*, 1984; 141:378–83.
- 133.Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, Osborn D, Johnson S, Howard LM. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*, 2015; 45:875–86.
- 134.Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares IM, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Women's Heal* 2006; 15:599–611.
- 135.Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*. 2010, p. 525–34.
- 136.Naved RT, Akhtar N. Spousal Violence Against Women and Suicidal Ideation in Bangladesh. *Women's Heal Issues* 2008; 18:442–52.
- 137.Korkmaz S, Korucu T, Yildiz S, Kaya S, Izci F, Atmaca M. Frequency of domestic violence in psychiatric patients and related factors. *Dusunen Adam Yerkure Tanitim ve Yayincilik Hizmetleri A.S.*, 2016; 29:359–66.
- 138.Walker LEA. Current Perspectives on Men Who Batter Women-Implications for Intervention and Treatment to Stop Violence Against Women: Comment on Gottman et al. (1995). *J Fam Psychol* 1995; 9:264–71.
- 139.Dişçiğil AG. Aile içi şiddet gören kadınlarda psikiyatrik bozukluklar: bir psikiyatri polikliniği örnekleme. *İstanbul Üniversitesi İTF Psikiyatri Anabilim Dalı*, İstanbul, 2003.
- 140.Cattaneo LB, Goodman LA. Risk Factors for Reabuse in Intimate Partner Violence: A Cross-Disciplinary Critical Review. *Trauma, Violence, Abus* 2005; 6:141–75.
- 141.Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry*, 1987; 144:908–13.
- 142.Post RD, Willett AB, Franks RD, House RM, Back SM, Weissberg MP. A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980; 137:974–5.
- 143.Temiz M, Beştepe E, Yıldız Ö, Küçükgöncü S, Yazıcı A, Çalikuşu C, Erkoç Ş. Yataklı psikiyatri servisinde tedavisi süren kadın hastalarda aile içi şiddetin hastalık tanıları ve hastalık süreciyle ilişkisi. *Noropsikiyatri Ars* 2014; 51:1–10.
- 144.McPherson MD, Delva J, Cranford JA. A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatr Serv American Psychiatric Association*, 2007; 58:675–80.
- 145.El-Bassel N, Gilbert L, Witte S, Wu E, Gaeta T, Schilling R, Wada T. Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department. *Women's Heal Issues* 2003; 13:16–22.
- 146.Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*, 2002; 22:121–8.

- 147.Fulu E. What do we know about violence against women and girls and what more do we need to know to prevent it? A Summary of the Evidence June 2014 A Summary of the Evidence June 2014. 2014;2-3.
- 148.Capaldi DM, Langhinrichsen-Rohling J. Informing Intimate Partner Violence Prevention Efforts: Dyadic, Developmental, and Contextual Considerations. *Prevention Science*. 2012, p. 323-8.
- 149.Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, Astbury J, Taket A, Gold L, Feder G, Gunn J. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): A cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2013; 382:249-58.
- 150.Johnson DM, Zlotnick C, Perez S. The Relative Contribution of Abuse Severity and PTSD Severity on the Psychiatric and Social Morbidity of Battered Women in Shelters. *Behav Ther*, 2008; 39:232-41.
- 151.Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyat Derg* 21(1):1-7.
- 152.Kocacık F, Çağlayandereli M. Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009, 6.2:25-43.
- 153.Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2013, p. 94-9.
- 154.Basar F, Demirci N. Domestic violence against women in Turkey. *Pakistan J Med Sci Professional Medical Publications*, 2018; 34:660-5.
- 155.Aydemir E. Evlilik mi Evcilik mi? Erken ve Zorla Evlilikler: Çocuk Gelinler. *Uluslararası Strat Araştırmalar Kurumu*, 2011.
- 156.Leidy MS, Guerra NG, Toro RI. Positive Parenting, Family Cohesion, and Child Social Competence Among Immigrant Latino Families. *J Fam Psychol* 2010; 24:252-60.
- 157.Eisikovits ZC, Guttman E, Sela-Amit M, Edleson JL. Woman Battering In Israel: The Relative Contributions of Interpersonal Factors. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63:313-7.
- 158.Özaydınlık Ş. Evli çiftlerin evlilik uyumu ile kişilik özellikleri ve romantik ilişkilerindeki sosyal ilginin incelenmesi, 2014.
- 159.Özaydınlık K. Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye'de Kadın ve Eğitim. *Sos Polit Çalışmaları Derg* [Internet] 2015 [cited 2019 Oct 12]; Available from: <http://dx.doi.org/10.21560/spcd.03093>.
- 160.Karadağ Ş. Evlilik Uyumu İlişkisinde Aile İçi İletişimin Rolü: Konya Örneği, 2015.
- 161.Carlike JB. Spouse assault on mentally disordered wives. *Can J Psychiatry* 1991; 36:265-9.
- 162.Weissman M. The Epidemiology of Suicide Attempts. *Int J Epidemiol* 1974; 3:365-365.
- 163.Jacobs-Kayam A, Lev-Wiesel R, Zohar G. Self-mutilation as expressed in self-figure drawings in adolescent sexual abuse survivors. *Arts Psychother*, 2013; 40:120-9.
- 164.Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. *J Forensic Leg Med* 2007; 14:75-8.

- 165.Langbehn DR, Pfohl NB. Clinical correlates of Self-Mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:45–51.
- 166.Nock MK, Mendes WB. Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:28–38.
- 167.Haines J, Williams CL. Coping and problem solving of self-mutilators. *J Clin Psychol*, 1997; 53:177–86.
- 168.Cubbin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic status and injury mortality: Individual and neighbourhood determinants. *J Epidemiol Community Health*, 2000; 54:517–24.
- 169.Milner AJ, Niven H, LaMontagne AD. Occupational class differences in suicide: Evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia. *BMC Psychiatry BioMed Central Ltd.*, 2015; 15.
- 170.Cubbin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States. *Am J Public Health American Public Health Association*, 2000; 90:70.
- 171.Ekici G, Savas HA, Citak S. Psychosocial factors increasing suicide risk (Absence of social security, immigration, and other stressors), 2001 ;204–12.
- 172.Özgüven HD, Tükenme HS. *Kriz ve Müdahale*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6. 2000.
- 173.Skegg K, Self-harm. *Lancet*, 2005; 366:1471–83.
- 174.Atasoy N, Saraçlı Ö, Sankır H. Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik Ve Ailesel Risk Etkenleri, 2014.
- 175.Grendas LN, Rojas SM, Puppo S, Vıdjen P, Portela A, Chiapella L, Rodante DE, Daray FM. Interaction Between Prospective Risk Factors In The Prediction Of Suicide Risk. *J Affect Disord Elsevier BV*, 2019.
- 176.Polatöz Ö, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2011, 24.1.
- 177.Maniam T, Chinna K, Lim CH, Kadir AB, Nurashikin I, Salina AA, Mariapun J. Suicide prevention program for at-risk groups: Pointers from an epidemiological study. *Prev Med (Baltim)*, 2013; 57.
- 178.Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, Gu D, Huang J. Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*. 2012, p. 1257–66.
- 179.Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 2000; 151:781–9. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article-abstract/151/8/781/116807>.
- 180.Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res Elsevier Ltd*, 2017; 91:74–82.

181. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull* [Internet] 2007; 54:306–69. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/5642408>.
182. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res Elsevier Ireland Ltd*, 2010; 178:101–5.
183. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in young people: Characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry Physicians Postgraduate Press Inc.*, 2007; 68:1574–83.
184. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:297–303.
185. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women’s mental health: Evidence from a population-based study in Paraguay. *Soc Sci Med*, 2010; 71:1653–61.
186. Koss MP. Rape: Scope, Impact, Interventions, and Public Policy Responses. *Am Psychol* 1993; 48:1062–9.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Begüm BILDIRCIN SAKARYA

Doğum yeri ve tarihi: Seyhan/ 02.06.1990

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: begumbildircinn@gmail.com, 05309735200

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (2008-2014)

İMKB Adana Anadolu Öğretmen Lisesi (2004-2008)

III- Mesleki Deneyimi

Şanlı Urfa Haliliye Toplum Sağlığı Merkezi, Pratisyen Hekim

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Asistan Hekim

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



07.12.2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Begüm BILDIRCIN'ın 20.11.2018 tarih ve 38757 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 07.12.2018 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Begüm BILDIRCIN'ın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Nurhan FİSTİKCI ve Uz. Dr. Sevinç ULUSOY eşliğinde yürütülecek olan "Sığınma Evi ile Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezlerinden (ŞÖNİM) Yönlendirilerek Yatışı Yapılan Kadın Hastaların Klinik Özellikleri ve Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 244 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Üye

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/01/2019-E.1650



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Begüm BILDIRCIN'ın Tez
Konusu Onayı

İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAHZAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MDRLĞNE

Hastanenizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık ğrencisi olan Dr. Begüm BILDIRCIN'ın tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuŐtur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŐCI
Dekan V.

EK 2 - KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.ADI-SOYADI(baş harfleri):

TARİH: NO:

2.YAŞ:

3.DOĞUM YERİ: Köy İlçe Şehir Büyükşehir

4.KURUMDA KALDIĞI SÜRE :

5.MEDENİ DURUM: Bekar Evli Boşanmış Dul Ayrı
yaşıyor

Evli ise evlenme biçimi : Tanışarak Görücü usulü ile Kaçarak
Akraba evliliği

Evlenme yaşı:

Evlilik süresi:

6.Çocuğu var mı ? : Var Yok

Var ise sayısı:

7.EĞİTİM SÜRESİ(yıl olarak belirtilecek) :

8.MESLEK: Çalışmıyor(İşsiz) Çalışıyor

9.Sağlık güvencesi : Var Yok

10.EVDE KİMLER YAŞIYOR : Çekirdek aile Geniş aile (anne
,baba,kayınvalide, kayınpeder,kardeşler...vs)

11.KARDEŞ SAYISI: Kaçınıcı Çocuk:

12.Bilinen bir kronik hastalığı var mı? (Hipertansiyon, Diyabetes Mellitüs , Astım ,
Guatr...vs)

Var Yok

13.Geçmişte ya da şimdi intihar girişiminde bulundu mu? Evet Hayır

Evet ise ne zaman? :

Ne şekilde? :

14.Geçmişte ya da şimdi self mutilatif davranışları var mı ? Evet Hayır

15.Sigara kullanıyor mu? Evet Hayır

16.Alkol kullanıyor mu? Evet Hayır

17.Herhangi bir uyuşturucu(esrar/eroin/kokain/tiner/bally/bonzai...vs) kullanımı var mı?

Evet Hayır

18.Ailede psikiyatrik hastalığı olan , psikiyatri tedavisi gören var mı? Evet

Hayır

19.ADLİ ÖYKÜ: Var ise ne ile ilgili ?

20.Hayatının bir döneminde şiddete maruz kalmış mı ? Evet Hayır

21.Şiddet kim tarafından uygulanmış?

22.Yaşadığı şiddetin türü : Psikolojik Fiziksel Cinsel

Ekonomik

23.Psikiyatriye başvuru şikayeti :

24.Daha önce psikiyatri başvurusu var mı: Evet Hayır

25.Psikiyatri hastanesine yatış endikasyonu : Homisid riski Suisid

riski Tedavi Reddi Tanının netleştirilmesi

Tedavi düzenlenmesi Diğer

26.Yatış hangi birimden yapılmış : Acil Psikiyatri Psikiyatri

polikliniği

27.Hastanede yatış süresi :

28.Hastanede yatış sayısı :

29.Psikiyatri servisinde yatışında koyulan tanı :

30.Hastaneden taburcu olurken uygun görülen tedavi : Antidepresan

Antipsikotik

Duygudurum düzenleyici

Anksiyolitik

EKT

