



TIBBEN AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER GRUBUNDAKİ KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN YETİŞKİN DÖNEMDE FİZİKSEL VE DUYGUSAL ŞİDDET GÖRMEYE ETKİSİ¹

Güler BAHADIR¹, Dilek ANUK²,

Özet: Bu çalışmada tıbben açıklanamayan belirtileri olan kadınların, aile içi şiddet yaşantısı bağlamında yetişkin dönemde fiziksel ve duygusal şiddet görmeye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, tıbben açıklanamayan bedensel yakınması olan kadınların, yetişkin dönemde aile içi şiddete maruz kaldıkları temel hipotezi üzerine kurulmuştur. Çalışma tıbben açıklanamayan belirtiler grubu (50 hasta), kronik fiziksel hastalık grubu (50 hasta) ve akut fiziksel hastalık grubu (46 hasta) olarak isimlendirilen üç araştırma grubu ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizleri, tıbben açıklanamayan belirtileri olan kadınların aile içi şiddete -özellikle fiziksel ve duygusal şiddet- maruz kaldıkları şeklindeki genel hipotezimizi doğrulamıştır.

Anahtar Kelimeler : Şiddet, İstismar, Yetişkin Dönem, Çocukluk Çağı

ADULT PERIOD AND CHILDHOOD EXPOSED TO VIOLENCE IN ADULTS SEE THE EFFECT OF PHYSICAL VIOLENCE

Abstract: To examine the experience of domestic to see the effect of physical and emotional violence as adults in women with unexplained medical symptoms. This study is based on the key hypothesis that women with medically unexplained somatic complaints are exposed to domestic violence in adulthood. The study was performed on three groups: the group (50 patients) with medically explained symptoms; the group (50 patients) with the diagnosis of chronic physical disease; the group (46 patients) with the diagnosis of acute physical disease. The analyses of statistical data validated our key hypothesis that women with medically unexplained symptoms are exposed to domestic violence, especially both physical and psychological violence experience.

Key Words: Violence, Abuse, Childhood, Adulthood

1 Bu çalışma birinci sırada yer alan yazarın aynı üniversite ve ikinci sırada yer alan Prof.Dr.Güler BAHADIRIN danışmanlığında yapılan doktora tezinden türetilerek hazırlanmıştır.

2 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

GİRİŞ

Ülkemizde son dönemdeki yapılan çalışmalarda bildirilen kadına yönelik aile içi şiddet oranları (%11,9-%80,9) arasındadır (Akar ve ark. 2010, Alper ve ark.2005, Altınay ve Arat 2007, Çivi ve ark. 2008, Güler ve ark. 2005, Karaçam ve ark 2006, Mayda ve Akkuş 2003, Naçar ve ark. 2009, Şahin ve Altinel 2010, Tanrıverdi ve Şıpkın 2008). Aile içi şiddetin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır. Şiddet yetersiz beslenmeye, kronik hastalıkların artmasına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı sakatlık ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli olmayan cinselliğe, pelvik enflamatuvar hastalıklara, farklı jinekolojik problemlere, düşüklere, düşük ağırlıklı bebek doğumlarına, anne ölümlerine ve intiharlara neden olabilmektedir (Kartal 2008). Literatür çalışmasında fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda; fiziksel belirtilerin yanı sıra, aşırı korku, anksiyete, fobiler, düşük benlik saygısı, depresyon, aşırı alkol tüketimi, ilaç bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu, somatizasyon oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Robertiello 2006). Fiziksel bir hastalıkla ilişkilendirilemeyen bedensel şikayetler tıbben açıklanamayan veya fonksiyonel belirtiler/semptomlar ya da somatizasyon olarak adlandırılırlar ve bu durumda psikolojik faktörler birincil sebep olarak düşünülür (Kirmayer ve Young 1998). Tıbben açıklanamayan belirtilerin, yetişkinlik döneminde ve / veya çocukluk çağında aile içi şiddetin öngördürücüsü olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (Brown ve arkadaşları 2005, Amar ve Gennaro 2005, Katon ve arkadaşları 2001, Samelius ve ark 2007, Özenli ve ark 2009, Goldblatt ve Granot 2005, Lown ve Vega 2001, Nicolaidis ve ark. 2004, Samelius ve ark.2009, Nicolaidis ve

McFarland 2009, Gren ve ark 1999, Risberg ve ark 1999, Richardson ve ark. 2002, Spertus ve ark. 2003, Eberhard-Gran ve ark.2007, Joukamaa ve ark 2008). Ayrıca çocukluk çağı istismarının ve / veya aile içi şiddetin depresyon, somatizasyon ve aleksitimi düzeylerinde artışa yol açtığı bildirilmektedir (Joukamaa ve ark 2008, Hazen ve ark 2008, Ritsberg ve ark.1999, Nicolaidis ve ark. 2004, Amar ve Gennaro 2005, Özenli ve ark 2009). Sonuç olarak aile içi şiddet psikolojik, biyolojik ve sosyal etkilere sahiptir.

AİLEDE ŞİDDET

Aile içi şiddet; aile üyelerinden birinin diğerine fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü bozabilecek, bağımsızlığını tehdit edebilecek, kişiliğine ve/veya kişilik gelişimine zarar verebilecek, davranışlarını kontrol etme amaçlı davranması olarak tanımlanır (WHO,1996). Aile içi şiddet, istismar ve ihmal olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. İstismarda şiddeti uygulayan kişi aktif bir tutum içerisindeyken, ihmalde şiddet uygulayan kişi, daha çok pasif bir tutum içerisindeydir. Şiddet denildiğinde ilk akla gelen fiziksel şiddettir. Ancak fiziksel olmayan diğer şiddet biçimleri de, son derece yaygın olarak uygulanmaktadır. Daha ayrıntılı tanımlamayla aile içi şiddet türleri şunlardır (Çiçekçioğlu,1996);

- **Fiziksel şiddet:** Kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Dövme, vurma, tokatlama, tekme, yakma, bıçaklama gibi davranışları içerir.
- **Cinsel şiddet:** Cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Cinsel içerikli sözel ifadeler kullanmak, porno film izlemeye zorlamak gibi dokunmanın



olmadığı pasif eylemlerden, tecavüze kadar giden dokunma içeren aktif eylemleri içerir.

- **Duygusal şiddet:** Duyguların ve duygusal ihtiyaçların, şiddetin tanımında sayılan amaçlarla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Sevgi göstermeme, aşağılama, devamlı eleştirme, kıskançlık, başkalarının önünde küçük düşürme, gururunu incitme, tehdit, duygu ve düşünce özgürlüğünü kısıtlama gibi eylemleri içerir.
- **Ekonomik şiddet:** Kişinin parasını yönetme, zorla elinden alma gibi davranışlarla kaynakların ve paranın kişi üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır. Daha çok kadın, yaşlı ve çocukların maruz kaldığı bir şiddet türüdür.
- **İhmal:** Kişinin sosyal ve maddi ihtiyaçlarını gidermeme, bunları sağlamada ihmal göstermektir. Daha çok çocuklar ve yaşlıların maruz kaldığı istismar türüdür.

Birey tek bir şiddet türüne maruz kalabileceği gibi birden fazla şiddet türüne de maruz kalabilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda çoklu istismar tiplerine maruz kalma oranı % 6,5-53 olarak bildirilmektedir. (Schaaf ve McCanne 1998, Geen ve Ark. 1999, Amar ve Gennoro 2005). Bursa'da yapılan sağlık ocağı tabanlı bir çalışmada katılımcıların %58.7'sinin ev içi şiddete maruz kaldığı ve şiddet tipinin önemli bir bölümünde fiziksel ve psikolojik şiddetin birlikte olduğu ortaya konmuştur (Alper ve Ark. 2005) Aile içi şiddet davranışının nedenlerine yönelik biyolojik, sosyal ve psikolojik yaklaşımlar mevcuttur.

Biyolojik Yaklaşımlar: Prefrontal korteks, amigdala ve hipotalamus arasındaki etkileşimin sosyal davranış üzerinde büyük etkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Şiddet davranışlarında bu sistemler arasındaki dengede bozulma görülmektedir. Beyindeki serotonerjik bozuklukların anksiyete, depresif duygudurum, saldırganlık gibi bir çok davranış ve duygu durum bozukluklarıyla ilgili olduğu belirtilmektedir. Gama-aminobutirik asidin (GABA) saldırganlığı önleyici etkisi olduğu bildirilmektedir (Subaşı ve Akın 2003).

Sosyal Teoriler: Aile yapısı, sosyal öğrenme, stres gibi çevresel faktörler ve rasyonel seçim kuramı şiddeti açıklamaya yönelik teoriler kapsamında ele alınabilir. Sosyal streste, aile içindeki bireyler ve eşler mali konularda veya diğer alanlardaki çatışmalar ve sorunlardan doğan baskılardan dolayı şiddet uygulayabilir ya da şiddete maruz kalabilir (Jewkes 2002). Sosyal öğrenme teorisinde, Bu teori insanların çevresindeki diğer bireylerin davranışlarını gözlemleyerek ve model alarak o davranışları öğrendiklerini ve pekiştirilen davranışların birey tarafından kullanılmaya devam ettiğini ileri sürer. (Mihalic ve Elliot 1997). Rasyonel Seçim Teorisinde, cezai uygulama gerektiren eylemlerle sonuçlanabilen aile içi şiddet davranışlarını da açıklamakta kullanılmaktadır (Nagin ve Paternoster1993). Aile içi güç dengelerinde, eşler arasındaki ya da ebeveynler ve çocuklar arasındaki güç ilişkisi genel toplumsal güç ilişkilerinin bir yansıması olarak görülebilir ve böyle bakıldığında da kocaların kadınlardan, ebeveynlerin de çocuklardan daha güçlü olduğu varsayılabilir(Rittersberger 1998).

Psikolojik Teoriler: Şiddet uygulayan kişilerin genellikle özgeçmişlerinde yaşanmış şiddet olgu-

ları bulunduğu, bu bireylerin çoğunlukla şiddetin varolduğu ailelerden yetiştiği gözlenmektedir. Alkol ve/veya madde bağımlılığı bulunması ile tanımlanmış kişilik bozuklukları ya da psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin daha yoğun sıklıkla şiddet uyguladığı gözlenmektedir (Aksoy ve ark). Eşler arası şiddet yaşantısında genelde şiddet uygulayan taraf erkektir ve şiddet uygulayan erkek, düşük benlik saygısı, dürtü kontrol güçlüğü, antisosyal eğilimler ve alkol ve/veya madde bağımlılığı gibi öğeleri içeren çeşitli psikopatolojik özelliklerin baskın olduğu kişi olarak betimlenir. Şiddete maruz kalan kadınlarda ise mazohizm eğilimi, öğrenilmiş çaresizlik, psikik duyarsızlaşma, emosyonel tepkilerde aşırı dengesizlik gibi psikolojik özellikler gözlenmiştir (Swan 2006).

AİLE İÇİNDE ŞİDDETİN KADINLARDAKİ ETKİLERİ

Aile içi şiddetin şiddetin sonuçları olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal etkiler ön plana çıkmaktadır.

Fiziksel Etkiler: Aile içi şiddetin fiziksel etkileri, ölümcül sonuçlar ve ölümcül olmayan sonuçlar olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

- Ölümcül Sonuçlar: İntihar, cinayet , anne ölümü, HIV/AIDS

- Ölümcül Olmayan Sonuçlar: Yaralanmalar, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik sorunlar, iritabl barsak sendromu, düşükler, santral sinir sistemi sorunları, kardiyak semptomlar, baş ağrısı, vücut ağrıları bildirilmiştir (Atman 2003).

Şiddet yetersiz beslenmeye, kronik hastalıkların artmasına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı sakatlık ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli

olmayan cinselliğe, pelvik enflamatuvar hastalıklara, farklı jinekolojik problemlere, düşüklere, düşük ağırlıklı bebek doğumlarına, anne ölümlerine ve intiharlara neden olabilmektedir (Kartal 2008). Şiddete maruz kalmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, şiddete maruz kalan kadınlarda tüm somatik semptomların ve bazı hastalıkların daha fazla olduğunu ileri süren, fiziksel ve cinsel şiddete daha yüksek oranda maruz kalan kadınlarda, komorbid hastalık oranının daha yüksek olduğu; fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda görülen hastalıklar arasında astım, migren, böbrek hastalıkları ve üriner sistem hastalıklarının yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Eberhard ve ark. 2007). Prospektif bir çalışmada aile içinde sözlü tartışmalar ve fiziksel şiddet varlığında buna tanık olan çocukların ruh sağlığı üzerinde yetişkin dönemde olumsuz sonuçlar ortaya çıktığı ve bu kişilerde fiziksel sağlık sorunlarının da anlamlı olarak yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir (Paradis ve ark. 2009).

Psikolojik Etkiler: Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda; fiziksel belirtilerin yanı sıra, aşırı korku, anksiyete, fobiler, düşük benlik saygısı, depresyon, aşırı alkol tüketimi, ilaç bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu ve somatizasyon oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Robertiello 2006). İstismara uğramayan kadınlarla karşılaştırıldığında, istismara uğramış kadınların daha sık mental sağlık bakım profesyonellerine başvurmaktadır (Amar ve Gennaro 2005). Bu düşünceyi destekleyen birçok araştırma mevcuttur. Birinci basamak sağlık kurumunda 185 kadınla yapılan bir çalışmada, istismar bildiren kadınların %32'si yaşadıkları şiddetin kendi sağlıklarını etkilediğini düşünmekteydiler ve depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, güvensizlik, cinsel



problemler ve fiziksel semptom olarak baş ağrısı ve kas gerginliği gibi sağlık etkileri bildirilmiştir (Rittersberger 1998).

Şiddet ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan bir çalışmada tüm şiddet türlerinin depresyonla ve en az altı bedensel şikayetle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Nicolaidis ve ark.2004). Üniversite öğrencisi kadınlardan oluşan araştırma grubunda ruhsal semptomlar ve istismar ilişkisi incelendiğinde, şiddet bildiren kadınların depresyon, anksiyete, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, hostilite ve toplam skor puanlarının istismar kurbanı olmayanlardan yüksek olduğu ve birden fazla şiddet türüne maruz kalan kadınlarda ruhsal belirtiler ve bedensel yaralanma sıklığının, tek bir şiddet formuna maruz kalanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Amar ve Gennaro 2005). *Bonomi ve ark.* (2007) eşlerinden cinsel ve fiziksel şiddet gören kadınların depresyon için bir risk grubu oluşturduğunu bildirmiştir.

McCauley ve arkadaşları (1997) 1931 kadının alındığı bir çalışmada, hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde istismar bildiren kadınlarda sadece çocukken ya da yetişkinlik döneminde istismar bildiren kadınlara oranla daha yüksek depresyon, anksiyete, somatizasyon ve fiziksel semptom gözlemiştir. Yetişkin panik bozukluk ve/veya agorafobik hastalarının %40-60'ında çocukluğun erken dönemlerinde cinsel veya fiziksel istismar öyküsü saptanmıştır (Sevinçok ve Akoğlu 2001).

Birincil sağlık hizmetine başvuran hastalarda aleksitimi ile çeşitli çocukluk çağı istismar ve ihmaline maruz kalma arasında bağlantı olduğu, özellikle aleksitiminin duyguları adlandırma güçlüğü

komponentinde bu bağlantı çok belirgin olarak gösterilmiştir (Joukamaa ve ark 2008). Aleksitimi duygular için söz yokluğu anlamına gelmektedir. Aleksitimi kavramı temelde duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü, hayal kurmada kısıtlılık, işe vuruk işlemsel düşünme ve dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (bilişsel tarz) olmak üzere dört kişilik özelliğini kapsar. Yaşadığı duyguları tanımayan ya da tanımlayamayan aleksitimik kişilerde bedensel yakınmalara sık rastlanır (Öztürk 1989). Cloitre ve ark. (1997) çocuklukta ve yetişkinlik döneminde cinsel istismara maruz kalan kadınların, hiçbir zaman istismara maruz kalmayan kadınlardan daha fazla aleksitimik olduklarını belirlemiştir. *Murthi ve Espelage* (2005), çocukluk çağında cinsel istismar bildiren 116 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada aleksitimi ve depresyonun duygu kaybı ve çaresizlikle bağlantısını belirgin olarak göstermişlerdir.

Son dönemdeki çalışmalardan birinde 588 üniversite öğrencisi kadın araştırmaya katılmış ve çocukluk çağı duygusal istismarı ile aleksitimi arasında bağlantı saptanmıştır (Hund ve Espelage 2006). *Modestin ve arkadaşlarının* (2005), çocuklukta farklı istismar tiplerine maruz kalmanın yetişkinlik döneminde farklı psikopatolojilere yol açacağını ileri sürerek 223 sağlıklı genç yetişkinle yaptıkları çalışmalarında çocukken cinsel istismara maruz kalma ile aleksitimi arasında ilişki bulunmazken, çocukken aile içi şiddet ve aleksitimi arasında bağlantı tespit edilmiştir.

Sosyal Etkiler: Aile içi şiddetin kadınlar üzerindeki önemli sosyal etkilerinden biri sosyal izolasyon nedeniyle kadını yalnızlaştırması, kadının mesleki ve kariyer yaşamını olumsuz etkilemesi veya sona

erdirmesi ve giderek iş ve tüm sosyal çevresinden ayırmasıdır. Ayrıca namus uğruna aile içi şiddete maruz kalmış olan kadınların toplum tarafından dışlanması, istenmemesi, bu kişilere, kirletilmiş, işe yaramaz gözüyle bakılması, bu kişilerin toplum içine kabul edilmeyerek yalnızlığa itilmeleridir (Subaşı ve Akın 2003).

AMAÇ

Bu çalışmada tıbben açıklanamayan belirtileri olan kadınların, sosyo-demografik özelliklerinin yetişkin dönemde şiddet görmeye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırma, bu gruptaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yetişkin dönemde şiddet görmeye etkisinin olduğu temel hipotezi üzerine kurulmuştur. Araştırma kapsamında “Tıbben açıklanamayan belirtiler” ile başvuran kadınlar, aile içi şiddet yaşantısı açısından incelenmiştir.

YÖNTEM

Tez çalışması İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İç Hastalıkları Polikliniğinde kurulan muayene odasında yapılmıştır. Araştırma kapsamında “Tıbben açıklanamayan bedensel yakınma” grubu için belirlenen vaka sayısına (n:50) ulaşana kadar araştırma kriterlerine uyan 189 hasta ile görüşülmüş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve görüşmeyi tamamlayan 146 hasta çalışmaya alınmıştır. Uygulama yaklaşık iki aylık bir sürede gerçekleşmiş ve gelen kadın hastalarla, poliklinik odasında, yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak yansıtıldı. Sürekli değişkenler için t testi ve tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) kullanıldı. Kesikli değişkenler için X² testi yapıldı.

İleri istatistiksel değerlendirmeler için, çok yönlü varyans analizi ve regresyon analizi yöntemleri kullanıldı. Yüzde 5’lik anlamlılık derecesi kesim noktası olarak alındı. Verilerin İstatistiksel değerlendirilmesi Bilgisayar ortamında SPSS 15.0 istatistiksel paket programı ile yapılmıştır.

UYGULAMA

Araştırmamızda yer alan; Tıbben açıklanamayan belirtilerle başvuran hastalar (N=50), akut fiziksel hastalık tanısı alan hastalar (N=46) ve kronik fiziksel hastalık tanısı alan hastalar (N=50) olmak üzere 3 grubun sosyo-demografik bulguları tabloda özetlenmiştir. Araştırma kriterlerine uygun olarak çalışmaya 18-60 yaş arası kadınlar alınmıştır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubundaki hastalar 18-60 yaş arasında olup, yaş ortalaması 39,6; standart sapması 11,16’dır. Akut fiziksel hastalık grubundaki hastalar 18-60 yaş arasında olup, yaş ortalaması 37,5; standart sapması 11,05’tir. Kronik fiziksel hastalık grubundaki hastalar 21-60 yaş arasında olup, yaş ortalaması 41,04; standart sapması 7,18’dir. Grupların yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (F:2,911; p>0,05). Grupların medeni durum dağılımı incelendiğinde üç grupta da evli kadınların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Tıbben açıklanamayan belirtilerle başvuran kadınların % 58’inin (29 kişi), Akut fiziksel hastalık grubundaki kadınların %76,1’inin (35 kişi) ve Kronik fiziksel hastalık grubundaki kadınların %74’ünün (37 kişi) evli olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından 3 grup arasındaki fark anlamsızdır ($\chi^2 = 5,821$; p>0,05).

Tıbben açıklanamayan belirtilerle başvuran hastaların eğitim düzeyine göre dağılımı; %14 (7 kişi) okur yazar, %44 (22 kişi) ilkökul, %14



(7 kişi) ortaokul, %18 (9 kişi) lise, %10 (5 kişi) üniversite olarak tespit edilmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunun eğitim düzeyine göre dağılımı; %6,5 (3 kişi) okur yazar, %32,6 (15 kişi) ilkokul, %21,7 (10 kişi) ortaokul, 11 kişi (%23,9) lise, 7 kişi (%15,2) üniversite olarak tespit edilmiştir. Kronik fiziksel hastalık grubunda ise %10 (5 kişi) okur yazar, %48 (24 kişi) ilkokul, %22 (11 kişi) ortaokul, %16 (8 kişi) lise, %4 (2 kişi) üniversite olarak tespit edilmiştir. Üç grubun eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ($\chi^2 = 3,461$; $p > 0,05$). Grupların meslek dağılımına bakıldığında ev kadınlarının üç grupta da çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda; %70 (35 kişi) ev kadını, %12 (6 kişi) işçi, %10 (5 kişi) öğrenci, %6 (3 kişi) memur, %2 (1 kişi) işsiz iken, akut fiziksel hastalık grubunda; %63 (29 kişi) ev kadını, %13 (6 kişi) memur, %10,9 (5 kişi) işçi, %6,5 (3 kişi) serbest çalışan, %6,5 (3 kişi) öğrenci olarak belirlenmiştir. Kronik fiziksel hastalık grubunda ise %86 (43 kişi) ev kadını, %8 (4 kişi) işçi, %6 (3 kişi) memur olarak çalışıyordu. Çalışma durumuna göre üç grubun dağılımı karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 = 5,549$; $p > 0,05$).

Gelir düzeyine göre dağılım incelendiğinde; Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda; %38 (19 kişi) asgari ücret ve altında gelire sahipken,

%62 (31 kişi) asgari ücret üzerinde gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda %10,9 (5 kişi) asgari ücret ve altı, %89,1 (41 kişi) asgari ücret üzerinde gelire sahip iken kronik fiziksel hastalık grubunda ise %32 (16 kişi) asgari ücret ve altı, %68 (34 kişi) oranında asgari ücret üzerinde gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Gruplar gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında Tıbben açıklanamayan belirtiler ve kronik fiziksel hastalıklar grubunda asgari ücret ve altı gelire sahip olanların, akut fiziksel hastalık grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 9,676$; $p < 0,01$). Aile yapısına göre grupların dağılımına bakıldığında; Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda %46 (23 kişi) çekirdek aile olarak yaşadığını, %54 (27 kişi) kendi ya da eşinin aile üyelerinden bir yada birkaç kişi ile beraber yaşadığını bildirmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda %80,4 (37 kişi) çekirdek aile şeklinde, %19,6 (9 kişi) ya da eşinin aile üyelerinden bir yada birkaç kişi ile beraber yaşamaktayken, kronik fiziksel hastalık grubunda %64 (32 kişi) çekirdek aile olarak, %36 (18 kişi) kendi yada eşinin aile üye/üleriyle birlikte yaşamaktaydı. Üç grup aile biçimine göre değerlendirildiğinde; Tıbben açıklanamayan belirtiler ve kronik fiziksel hastalıklar grubunda kendi ya da eşin aile üyelerinden bir ya da bir kaç ile beraber yaşama oranının anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 = 12,221$; $p < 0,01$).

Tablo 1: Araştırma Gruplarının Demografik Özellikleri

	Tıbben açıklanamayan belirtiler (N=50)		Akut Fiziksel Hastalık (N=46)		Kronik Fiziksel Hastalık (N=50)		Anlamlılık Düzeyi
Yaş							
X	39,6		37,5		41,04		F: 2,911
ss	11,16		11,05		7,18		p=0 .058 ^{A.D.}
min-max	18-60		18-60		20-60		
	f	%	f	%	f	%	
Medeni durum							
Bekar	14	%28	8	%17,4	5	%10	$\chi^2 = 5,821$ p=0 .058 ^{A.D.}
Evli	29	%58	35	%76,1	37	%74	
Beraber yaşıyor	1	%2	1	% 2,2	1	%2	
Ayrı yaşıyor	1	%2	1	% 2,2	1	%2	
Boşanmış	1	%2	1	% 2,2	3	%6	
Dul	4	%8	-		3	%6	
Öğrenim Durumu							
Okuryazar	7	%14	3	%6,5	5	%10	$\chi^2 = 3,461$ p=0.177 ^{A.D.}
İlkokul	22	%44	15	%32,6	24	%48	
Ortaokul	7	%14	10	%21,7	11	%22	
Lise	9	%18	11	%23,9	8	%16	
Üniversite	5	%10	7	%15,2	2	%4	
Meslek							
Ev kadını	35	%70	29	%63	43	%86	$\chi^2 = 5,549$ p=0.062 ^{A.D.}
Memur	3	%6	6	%13	3	%6	
İşçi	6	%12	5	%10,9	4	%8	
Serbest	-	-	3	%6,5	-	-	
Öğrenci	5	%10	3	%6,5	-	-	
İşsiz	1	%2	-	-	-	-	
Gelir düzeyi							
Asgari ücret ve altı	19	%38	5	%10,9	16	%32	$\chi^2 = 9,676$ p=0.008 ^{**}
Asgari ücret üstü	31	%62	41	%89,1	34	%68	
Aile biçimi							
Çekirdek aile	23	%46	37	% 80,4	32	%64	$\chi^2 = 12,221$ P=0.002 ^{**}
Geniş aile	27	%54	9	%19,6	18	%36	

A.D. : Anlamlı Değil

** : p<0,01

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunun başvuru yakınmalarına göre dağılımına baktığımızda;

%54'ünün (27 kişi) birden fazla semptom, %42'sinin (21 kişi) tek semptomla başvurduğu gözlenmiştir.



Başvuru sırasında bildirilen her semptomun ayrı ayrı dökümü yapıldığında; spesifik veya yaygın ağrı %78 (39 kişi), karıncalanma ve/veya uyuşma %8 (16 kişi), halsizlik / güçsüzlük %14 (7 kişi), bayılma hissi %10 (5 kişi), çarpıntı %8 (4 kişi), bulantı %6 (3 kişi), şişkinlik %4 (2 kişi) ve

vücutta kasılma, baş dönmesi gibi diğer yakınmalar %18 (9 kişi) olarak belirlenmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda yakınmaların süresi 6 ay ile 216 ay arasında değişmekte olup ortalaması 59 ay± 50 ay olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2: Tıbben Açıklanamayan Belirtiler Grubunun Başvuru Yakınmaları

Yakınma	f	%	Yakınma Süresi
Yaygın veya spesifik ağrı	39	78	
Uyuşma ve/veya karıncalanma	8	16	
Halsizlik/ güçsüzlük	7	14	
Bayılma hissi	5	10	Min-Max: 6 - 216 ay
Çarpıntı	4	8	X: 59 ay
Bulantı	3	6	ss: 50 ay
Midede şişkinlik	2	4	
Diğer(<i>Vücutta kasılma,baş dönmesi, kabızlık, elde titreme, diyare, ses kısıklığı, üşüme, gözde yanma batma, yutma güçlüğü</i>)	9	18	

Akut fiziksel hastalık grubunu oluşturan hastaların tıbbi tanılarına göre dağılımı ise; Bakteriyel besin zehirlenmesi, fonksiyonel dispepsi, vb. gastroenterolojik yakınmalar % (14 kişi), alt veya üst solunum yolu enfeksiyonu % (11 kişi), akut hepatit % (3 kişi), ürtiker % (3 kişi), fotosensitivite

ile görülen ilaç alerjisi % (2 kişi), Akut kolesistit % (2 kişi), Akut troidit % (2 kişi), Sistit % (2 kişi) ve diğer akut fiziksel hastalıklar % (kişi) şeklindedir. Akut fiziksel hastalık grubunun yakınma süreleri 1 gün ile 1 ay arasında değişmekte olup ortalaması gün± gün olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3: Akut Fiziksel Hastalık Grubunun Tanı Dağılımı

Tanı	f	%	Yakınma Süresi
Gastroenterolojik/gastroenterohepatolojik Hastalıklar			
(toplam: 14 kişi			
%30,5)			
Akut infeksiyöz ishal	5	10,9	
Fonksiyonel dispepsi	6	13,1	
Bakteriyel besin zehirlenmesi	3	6,5	
Akut kolesistit	2	4,3	
Akut viral hepatit (B)	3	6,5	
Akut Alt /Üst Sol. Yolu Enf. (toplam 11 kişi %23,9)			
Enfeksiyöz rinit	1	2,2	Max-Mim: 1gün- 1ay X: 4,69 gün ss: 3,1 gün
Faranjit	2	4,3	
Streptokokktonsillit	2	4,3	
Viral üst sol. yolu enf.	1	2,2	
Laranjit	1	2,2	
Akut bronşit	2	4,3	
Pnomoni	2	4,3	
Dermatolojik hastalıklar (toplam 5 kişi %10,9)			
Alerjik ürtiker	3	6,5	
Fotosensitivite ile görülen ilaç alerjisi	2	4,3	
Hematolojik hastalıklar (toplam 4 kişi %8,7)			
Demir eksikliği anemisi	2	4,3	
Gestasyonel Trombositopeni	2	4,3	
Diğer (toplam 7 kişi %15,2)			
Akut troidit	2	4,3	
Sistit	2	4,3	
Bobrektası	1	2,2	
Bel fitiği	1	2,2	
Karpeltunel send.	1	2,2	
Toplam	46		

Kronik fiziksel hastalık grubunun tanı dağılımlarını incelediğimizde bu gruptaki hastaların %56'sı(28 kişi) tek hastalık tanısına sahipken, % 44'ü (22 kişi) iki veya daha fazla hastalık tanısında sahipti. Bu durumda yapılan tabloda bir hasta birden fazla tanı grubunda yer alabilmektedir. Kronik fiziksel hastalık grubunda yer alan hastaların tıbbi tanı dağılımı; %36 (18 kişi) romatolojik hastalık, %68 (34 kişi) endokrinolojik hastalık, %40 (20 kişi) kronik gastroenterolojik veya gastroenterolojik hasta-

lık, %52 (26 kişi) kardiyolojik hastalıklar, %6 (3 kişi) nefrolojik hastalık, %4 (2 kişi) kronik alt/üst solunum yolu hastalıkları, % 22 (11 kişi) hiperlipidemi, % 6 (3 kişi) minör talasemi, % 6 (3 kişi) sarkoidoz ve % 6 diğer kronik fiziksel hastalıklar şeklindedir. Kronik fiziksel hastalık grubunda yakınma süresi 3 ay ile 240 ay arasında değişmekte olup ortalaması $77,46 \pm 58,82$ ay olarak tespit edilmiştir.



Tablo 4 : Kronik Fiziksel Hastalık Grubunun Tanı Dağılımı

Tanı	f	%	Tanı Süresi
Romatolojik hastalıklar (toplam 18 kişi % 36)			
Osteopati	1	2	
Osteoartroz	4	8	
Osteomiyelit	2	4	
Romatizmal mitral kapak hastalığı	1	2	
Romatoitartrit	5	10	
Post menopozal osteoporoz	5	10	
Endokrinolojik hast. ; (toplam 34 kişi %68)			
Toksik multinodüler guatr	6	12	
Primer hipotroidi	4	8	
Hashimato / kronik otoimmün troidit	3	6	
Kronik fibröz tiroidit	1	2	
Diyabetes mellitus,	20	40	
Gastroenterolojik/ gastrohepatolojik hast.;			
(toplam 20 kişi % 40)			
Gastroözafagial reflü	4	8	Min:3 ay
Kronik peptik ülser	4	8	Max:240ay
Hiatus hernisi	1	2	X: 77,46
Crohn hast.	1	2	ay
Hepatit b (HBsAg+)	5	10	ss: 58,82 ay
Kronik yağlı karaciğer,	4	8	
Kardiyolojik hastalıklar; (toplam 26 kişi %52)			
Esansiyel hipertansiyon	24	48	
Hipertansif kalp hastalığı	2	4	
Nefrolojik hastalıklar; (toplam 3 kişi %6)			
Kronik böbrek yetmezliği	2	4	
Bobrektası	1	2	
Alt/üst solunum yolu hastalıkları ; (toplam 2 kişi %4)			
Kronik sinüzit,	1	2	
Kronik bronşit	1	2	
Diğer ; (toplam 20 kişi %40)			
Hiperlipidemi	11	22	
Minör talasemi	3	6	
Sarkoidoz	3	6	
Obezite	1	2	
Bel fitiği	1	2	
Karpertunel send	1	2	

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda katılımcıların %6'sı (3 kişi) başvuru yakınmalarının günlük hayatını hiç etkilemediğini bildirirken, %22'si (11 kişi) biraz, %38 (19 kişi) orta derecede, %34'si (17 kişi) çok etkilediğini belirtmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunun %8,7'si (4 kişi) başvuru

yakınmalarının günlük hayatını hiç etkilemediğini, %50'si (23 kişi) biraz, %23,9'u (11 kişi) orta derecede, %17,4'ü (8 kişi) çok etkilediğini bildirmiştir. Kronik fiziksel hastalık grubunda ise %8'i (4 kişi) başvuru yakınmalarının günlük hayatını hiç etkilemediğini, %36'sı (18 kişi) biraz,

%40'ı (20 kişi) orta derecede, %16'sı (8 kişi) çok etkilediğini ifade etmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda başvuru yakınmalarının günlük

yaşamı anlamlı olarak daha çok etkilediği tespit edilmiştir ($\chi^2:9,225$; $p<0,05$).

Tablo 5: Başvuru Yakınmalarının Günlük Yaşamı Etkileme Derecesi

	Tıbben açıklanamayan belirtiler (N=50)		Akut Fiziksel Hastalık (N=46)		Kronik Fiziksel Hastalık (N=50)		Anlamlılık Düzeyi
	f	%	f	%	f	%	
Yakınmaların günlük yaşamı etkilemesi							
Hiç	3	6	4	8,7	4	8	$\chi^2=9,225$ $p=0.013^*$
Biraz	11	22	23	50	18	36	
Orta	19	38	11	23,9	20	40	
Çok	17	34	8	17,4	8	16	

*: $p<0,05$

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda; hastaların %44'ü (22 kişi) yaşamının herhangi bir döneminde psikiyatrik başvuruda bulunduğunu, %56'sı (28 kişi) hiç psikiyatrik başvurusu olmadığını bildirmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda; daha önce psikiyatrik başvuruda bulunma oranı %19,6 (9 kişi) iken, Kronik fiziksel hastalık grubunda bu oran %24 (12 kişi) olarak saptanmıştır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda daha önce psikiyatrik başvuru oranının akut fiziksel hastalık

ve kronik fiziksel hastalık grubunun psikiyatrik başvuru oranından anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2:7,972$; $p<0,05$). Ayrıca Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda %6 (3 kişi), kronik fiziksel hastalık grubunda %8 (4 kişi) olmak üzere sadece 7 kişi muayene eden iç hastalıkları hekimi tarafından psikiyatrik yardım alması gerektiği söylenerek psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir.

Tablo 6 : Psikiyatrik Başvuru Oranları

	Tıbben açıklanamayan belirtiler (N=50)		Akut Fiziksel Hastalık (N=46)		Kronik Fiziksel Hastalık (N=50)		Anlamlılık Düzeyi
	f	%	f	%	f	%	
Psikiyatrik başvuru							
Var	22	44	9	19,6	12	24	$\chi^2=7,972$ $p=0.019^*$
Yok	28	56	37	80,4	38	76	
Psikiyatriye Yönlendirilme							
Evet	3	6	0	-	4	8	$\chi^2=1,24$ $p>0.05^{A,D}$
Hayır	47	94	46	100	46	92	

A.D. : Anlamlı Değil

*: $p<0,05$



Araştırma gruplarından aile içi şiddet ile ilgili elde edilen bulgular şunlardır; Aile içi şiddetin türler arasındaki geçişkenliği ve giriftliği göz önüne alındığında, çalışmamızda şiddet türlerini ayrı ayrı değerlendirme öncesinde ortak bir değerlendirme yapmanın uygun olacağı düşünülmüş, önce genel olarak herhangi bir şiddet davranışına maruz kalma açısından araştırma gruplarının karşılaştırılması yapılmıştır.

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda yetişkin dönemde şiddet türlerinden herhangi birine veya birkaçına maruz kalma oranı %66 (33 kişi) olarak tespit edilirken, bu oran akut fiziksel hastalık grubunda %21,7 (10 kişi), kronik fiziksel hastalık grubunda %30 (15 kişi) olarak belirlenmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunun şiddet türlerinden herhangi birine veya birkaçına maruz kalma oranının diğer gruplardan anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır (χ^2 : 22,606; $p<0.001$). Üç grubun tek bir şiddet türüne ya da birden fazla şiddet türüne maruz kalma oranı karşılaştırıldığında; tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda % 48,5 (16 kişi) tek bir şiddet türüne maruz kalırken % 51,5 (17 kişi) birden fazla şiddet türüne maruz kaldığını bildirmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda kadınların % 77,8'si (7 kişi) tek bir şiddet türüne, % 22,2'si (2 kişi) birden fazla şiddet türüne maruz kaldığını belirtirken kronik fiziksel hastalık grubunda tek bir şiddet türüne maruz kalma oranı % 37,5 (6 kişi), birden fazla şiddet türüne maruz kalma oranı % 62,5 (10 kişi) olarak belirlenmiştir. Tek ya da birden çok şiddet türüne maruz kalma açısından gruplar arasındaki fark anlamsızdır (χ^2 :3,808; $p>0.05$). Yetişkin dönem duygusal şiddet görmenin gruplara göre dağılımı incelendiğinde, duygusal şiddete maruz kalma oranı; Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda

% 62 (31 kişi), akut fiziksel hastalık grubunda % 15,2 (7 kişi), kronik fiziksel hastalık grubunda %28 (14 kişi) olarak belirlenmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda duygusal şiddete maruz kalma oranının diğer gruplarla kıyaslandığında, ileri derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (χ^2 : 24,790; $p<0,001$). Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda yetişkin dönem fiziksel şiddete maruz kalma oranı % 38 iken (19 kişi) akut fiziksel hastalık grubunda % 10,9 (5 kişi) ve kronik fiziksel hastalık grubunda %20 (10 kişi) olarak tespit edilmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddete maruz kalma oranı diğer gruplara göre ileri derecede yüksek bulunmuştur (χ^2 :10,600; $p=0,005$).

Hastalara yetişkin dönemde herhangi bir kişi tarafından dokunma olmaksızın cinsel şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulduğunda, Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda % 6 (3 kişi) ve kronik hastalık grubunda % 2 (1 kişi) olmak üzere toplam 4 kadın dokunma olmaksızın cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Dokunmanın olduğu cinsel şiddet bildirim, tüm hasta grubu içerisinde toplam 5 kadında (% 2,71) saptanmıştır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda % 6 (3 kişi) ve kronik hastalık grubunda %4 (2 kişi) dokunmanın olduğu cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Olgu sayısı çok az olduğu için yetişkinlik süresinde cinsel şiddete maruz kalma ile ilgili istatistiksel değerlendirme yapılmamış sadece sayısal döküm belirtilmiştir.

Tablo 7: Yetişkin Dönemde Şiddete Maruz Kalma Oranları

Yetişkin dönemde	Tibben açıklanamayan belirtiler (N=50)		Akut Fiziksel Hastalık (N=46)		Kronik Fiziksel Hastalık (N=50)		Anlamlılık Düzeyi
	f	%	f	%	f	%	
Şiddete maruz kalma							
Var	33	66	10	21,7	15	30	$\chi^2=22,606$ p<0 .001**
Yok	17	34	36	78,3	35	70	
Duygusal şiddet görme							
Evet	31	62	7	15,2	14	28	$\chi^2 =24,790$ P< 0.001**
Hayır	19	38	39	84,8	36	72	
Fiziksel şiddet							
Var	19	38	5	10,9	10	20	$\chi^2 =10,600$ P= 0,005*
Yok	31	62	41	89,1	40	80	
Dokunma Olmayan Cinsel Şiddet							
Var	3	6	-		1	2	-
Yok	47	94	46	100	49	98	
Dokunmanın Olduğu Cinsel Şiddet							
Var	3	6	-		2	4	-
Yok	47	94	46	100	48	96	
Şiddete maruz kalma Tek bir tür	(N: 33)		(N: 10)		(N: 15)		$\chi^2 =3,886$ p=0 .143 ^{A.D}
Birden çok türde	15	46,9	7	77,8	6	37,5	
	17	53,1	2	22,2	19	62,5	

A.D. : Anlamlı Değil

*: p<0,05

** :p<0.001

Tibben açıklanamayan belirtiler grubunda duygusal şiddet gören hastaların şiddet görme süresinin ortalaması 12.52±7,78 (min-max:2-30 yıl) olarak belirlenmişken, akut fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddet süresinin 12.86±8,43yıl (min-max:2-29yıl) ve kronik fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddet süresinin ortalaması 15.07±7.88 yıl (min-max:3-30yıl) olarak belirlenmiştir. Grupların duygusal şiddete maruz kalma süreleri arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (

F:0.516; p>0,05). Organik sebebi bulunamayan bedensel yakınmalar grubunda duygusal şiddet gören hastaların; % 48,4'ü (15 kişi) çok sık veya sürekli duygusal şiddete maruz kaldığını bildirirken, akut hastalık grubunda duygusal şiddet gören kadınların % 42'sinin (3 kişi) çok sık veya sürekli duygusal şiddete maruz kaldığını, kronik hastalık grubunda ise duygusal şiddet gören hastaların, % 57,1'i (8 kişi) çok sık veya sürekli duygusal şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Duygusal



şiddete maruz kalma sıklığı açısından araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($\chi^2=0,461$; $p=0,794$). Duygusal şiddet tüm gruplarda çoğunlukla eş tarafından uygulanmaktadır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda duygusal şiddete maruz kalan kadınların; % 61,3'ü (19 kişi) eş, % 29'u (9 kişi) eş ve eşin aile üyeleri, akut fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddet gören kadınların % 58'i (4 kişi) eş, % 42'si (3 kişi) eş ve eşin aile üyeleri, kronik hastalık grubunda ise duygusal şiddete maruz kalan kadınların % 57,1'i (8 kişi) eş, % 35,7'si (5 kişi) eş ve eşin aile üyeleri tarafından yapılan duygusal şiddete maruz kalmaktadır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda duygusal şiddete maruz kalanların % 71'i (22 kişi) tek kişi tarafından, % 29'u (9 kişi) birden fazla kişinin uyguladığı şiddete maruz kalırken, akut fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddet mağduru kadınların % 57,1'i (4 kişi) tek kişinin, % 42,9'si (3 kişi) birden fazla kişinin uyguladığı duygusal şiddete maruz kalmıştır. Kronik fiziksel hastalık grubunda ise duygusal şiddete maruz kalanların % 57,1'i tek kişinin, %42,9'u birden çok kişinin uyguladığı şiddete maruz kalmıştır. Grupların bir ya da birden fazla kişinin uyguladığı duygusal şiddete maruz kalma açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2=1,057$, $p=0,589$).

Duygusal şiddete maruz kalan kadınların şiddet karşısında tepkileri incelendiğinde: Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda; en fazla %

35,5 (11 kişi) ile şiddet uygulayan kişiye soğuk davranma/küsmeye ve % 29 ile (9 kişi) susma, akut fiziksel hastalık grubunda ise en sık % 57,1 (4 kişi) oranında susma ve % 42,9 (3 kişi) oranında soğuk davranma/küsmeye tepkisinin verildiği, kronik hastalık grubunda duygusal şiddete tepki olarak en fazla % 57,2 (8 kişi) oranında suskun kaldığı tespit edilmiştir. Duygusal şiddete maruz kalan kadınların bu nedenle psikolojik yardım alma ihtiyacı duyup duymadıkları sorulduğunda psikolojik yardım alma oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda duygusal şiddete maruz kalan kadınların % 16,1'i (5 kişi) psikolojik yardım aldığını, % 22,6'sı (7 kişi) psikolojik yardıma ihtiyaç hissettiğini ama alamadığını, % 61,3'ü (19 kişi) psikolojik yardım ihtiyacı hissetmediğini bildirmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddet gördüğünü ifade eden kadınların % 42,9'u (3 kişi) psikolojik yardım aldığını, % 57,1'i psikolojik yardım almak istemediğini belirtmiştir. Kronik fiziksel hastalık grubunda duygusal şiddete maruz kaldığını belirten kadınların % 14,3'ü (2 kişi) duygusal şiddet nedeniyle psikolojik yardım almış, % 14,3'ü (2 kişi) istediği halde psikolojik yardım alamamış ve % 71,4'ü bu konuda yardım psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymadığını ifade etmiştir. Duygusal şiddet nedeniyle psikolojik yardım ihtiyacı hissetmek açısından üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2 :4,358$; $p=0,360$).

Tablo 8 : Yetişkin Dönem Duygusal Şiddet İle İlgili Bulgular

	Tıbben açıklanamayan belirtiler		Akut Fiziksel Hastalık		Kronik Fiziksel Hastalık		Anlamlılık Düzeyi
Duygusal şiddet gören	N: 31		N: 7		N: 14		
Duygusal şiddet görme Süresi							
X	12.52		12.43		15.07		F=0.516
ss	7,78		8.51		7.88		p=0.6 ^{A.D}
max-min(yıl)	2-30		2-29		3-30		
	f	%	f	%	f	%	
Duygusal şiddet görme sıklığı							
Ara sıra/ seyrek	16	51,6	4	58	6	43	$\chi^2=0,461$ p=0,794 ^{A.D}
Çok sık/sürekli	15	48,4	3	42	8	57	
Duygusal şiddet uygulayan kişi							
Eş	19	61,3	4	58	8	57,2	--
Eş ve ailesi	9	29	3	42	5	35,7	
Anne	2	6,5	-	-	1	7,1	
Baba	1	3,2	-	-	-	-	
Kardeş	-	-	-	-	-	-	
Şiddet uygulayan kişi							
Tek	22	71	4	58	8	57,1	$\chi^2=1,057$ p=0,589 ^{A.D}
Birden fazla	9	29	3	42	6	42,9	
Duygusal şiddete karşı tepki							
Hak verme	2	6,5	-	-	-	-	--
Susma	12	38,7	3	42,9	8	57,1	
Ağlama	5	16,1	-	-	3	21,4	
Soğuk davranma/Küsme	11	35,5	4	57,1	2	14,3	
Aktif Karşılık verme	1	3,2	-	-	1	7,1	
Psikolojik yardım							
Evet aldım	5	16,1	3	42,9	2	14,3	$\chi^2:4,358$ p=0,36 ^{A.D}
İstedim ama olmadı	7	22,6	-	-	2	14,3	
Hayır istemedim	19	61,3	4	57,1	10	71,4	

A.D. : Anlamlı Değil



Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddet gören hastaların şiddet görme süresinin ortalaması $10,4 \pm 6,7$ (min-max:2-20yıl) olarak belirlenmişken akut fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet süresinin ortalaması $7,5 \pm 5,4$ yıl (min: 1yıl max:15yıl) ve kronik fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet ortalaması \pm yıl (min-max:1-25) olarak belirlenmiştir. Grupların fiziksel şiddete maruz kalma sürelerinin ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,367; p>0,05$). Organik sebebi bulunamayan bedensel yakınmalar grubunda fiziksel şiddet gören hastaların; % 42,1'i (8 kişi) ara sıra veya seyrek, % 57,9'u (11 kişi) çok sık veya sürekli duygusal şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Akut fiziksel hastalık grubunda ise fiziksel şiddet gören hastaların tümü ara sıra veya seyrek şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kronik fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet gören hastaların; % 80'inin (8 kişi) ara sıra veya seyrek, % 20'sinin (2 kişi) çok sık veya sürekli duygusal şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunun diğer gruplara göre daha fazla çok sık veya sürekli şiddet bildirimini olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2:6,899; p<0,05$). Tüm gruplarda fiziksel şiddet çoğunlukla eş tarafından uygulanmaktadır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddet görenlerin % 73,7'ine (14 kişi), akut hastalık grubunda fiziksel şiddete maruz kalan tüm kadınlara ve kronik hastalık grubunda fiziksel şiddete maruz kalan kadınların % 80'ine (8 kişi) eş tarafından fiziksel şiddet uygulanmaktadır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların % 78,9'u (15 kişi) tek kişi tarafından, % 21,1'i (4 kişi) birden fazla kişi tarafından şiddet görmektedir. Akut fiziksel hastalık grubunda

fiziksel şiddet bildirimde buluna kadınların hepsi, kronik fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet uygulayan kadınların %90'ı tek kişi tarafından uygulanan şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Tek ya da birden fazla kişinin uyguladığı fiziksel şiddete maruz kalma açısından gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($\chi^2=1,435; p>0,05$). Grupların fiziksel şiddete karşı gösterdikleri tepkiler incelendiğinde; Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda ağırlıklı olarak susma, soğuk davranma/küsme ve ağlama tepkilerinin sık verildiği belirlenmiştir. Akut hastalık grubunda ise ile soğuk davranma/küsme, hak verme ve ile susma şiddet karşısında en sık gösterilen tepkilerdir. Kronik hastalık grubunda susma, ağlama ve soğuk davranma/küsme en sık gösterilen tepki olarak belirlenmiştir.

Fiziksel şiddet nedeniyle psikolojik yardım alma ihtiyacı duyup duymadıkları sorusu karşısında, tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddet gördüğünü belirten kadınların sadece % 10,5'i (2 kişi), akut fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade eden kadınların % 20'si (1 kişi), kronik fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet gören kadınların % 20'si (2 kişi) bu nedenle psikolojik yardım aldığını bildirirken tüm gruplarda kadınların çoğu ya ihtiyaç hissetmesine rağmen yardım alamamış ya da psikolojik yardım ihtiyacı hissetmediğini ifade etmiştir. Fiziksel şiddet nedeniyle psikolojik yardım ihtiyacı açısından araştırma grupları arasındaki fark anlamsızdır ($\chi^2 :3,715; p>0,05$). Fiziksel şiddet nedeniyle tıbbi yardım alma ihtiyacı duyup duymadıkları sorusu karşısında tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda fiziksel şiddet gördüğünü belirten kadınların, % 78,9'u (15 kişi), akut fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade eden kadınların % 100'ü

(5 kişi) ve kronik fiziksel hastalık grubunda fiziksel şiddet gören kadınların % 80'i (8 kişi) böyle bir ihtiyaç hissetmediğini belirtmiştir. Fiziksel

şiddet nedeniyle tıbbi yardım ihtiyacı açısından araştırma grupları arasındaki fark anlamsızdır ($\chi^2:3,073$; $p>0,05$).

Tablo 9 : Yetişkin Dönem Fiziksel Şiddet İle İlgili Bulgular

	Tıbben açıklanamayan belirtiler		Akut Fiziksel Hastalık		Kronik Fiziksel Hastalık		Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel şiddet gören:	N= 19		N=5		N=10		
Fiziksel şiddet süresi (yıl)	10,4		7,5		11,1		F=0,367
X	6,7		5,4		8,5		p=0,696 ^{A,D}
Ss							
	f	%	f	%	f	%	
Fiziksel şiddet sıklığı							
Ara sıra/ seyrek	8	42,1	5	100	8	80	$\chi^2:6,899$
Çok sık / sürekli	11	57,9	-	-	2	20	p=0,032*
Fiziksel şiddet uygulayan kişi							
Eş	14	73,7	5	100	8	80	
Eş ve ailesi	2	10,5	-	-	1	10	--
Anne ve kardeş	2	10,5	-	-	-	-	
Kardeş veya anne	1	5,3	-	-	1	10	
Şiddet uygulayan kişi							
Tek	15	79	5	100	9	90	$\chi^2=1,435$
Birden fazla	4	21	-	-	1	10	p= 0,488 ^{A,D}
Fiziksel şiddete tepki							
Hak verme	1	5,3	2	40,0	-	-	
Susma	7	36,8	1	20,0	5	50	--
Soğuk davranma/küsmeye	6	31,6	2	40,0	2	20	
Ağlama	5	26,3	-	-	3	30	
Karşılık verme	-	-	-	-	-	-	
Psikolojik yardım							
Evet aldım	2	10,5	1	20	2	20	$\chi^2 =3,715$
İstedim ama olmadı	8	42,1	-	-	4	40	p=0,446 ^{A,D}
Hayır istemedim	9	47,4	4	80	4	40	



Tıbbi yardım ihtiyacı							
Evet aldım	-	-	1	10			
Hissettim ama olmadı	4	21,1	-	1	10	$\chi^2=3,073$	
Hayır hissetmedim	15	78,9	5	100	8	80	$p=0,448^{A.D}$

A.D. : Anlamalı Değil

*: $p<0,05$

Yetişkinlik dönem cinsel şiddete maruz kalma açısından araştırma grupları ve diğer yetişkin dönem ve çocukluk çağı şiddet türleri bir ön gördürücü olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Lojistik regresyon analizi kullanılarak sosyo-demografik değişkenlerle yetişkin dönem ve çocukluk çağı şiddet ilişkisi incelenmiştir. Öncelikle yetişkin dönemde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış olmak açısından gruplar ele alınmıştır. Tıbben

açıklanamayan belirtiler grubunda Geniş ailede yaşayan kadınların yetişkinlik döneminde herhangi bir şiddet türüne maruz kalma riskinin, çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre 6,7 kat arttığı görülmüştür. Akut Fiziksel Hastalık ve Kronik Fiziksel hastalık grubundaki kadınlarda genel şiddete yönelik sosyo-demografik risk faktörleri anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10: Tıbben Açıklanamayan Belirtiler Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yetişkin Dönemde Şiddet Görmeye Etkisi

	B	p	OR (Risk Oranı)	OR için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
Aile biçimi(1)	-1,9	0,014	6,7	1,5	30,3
Model sabiti	2,2	0,139	9,3		

Yetişkinlik döneminde fiziksel şiddet ve sosyo-demografik risk faktörleri ilişkisi incelendiğinde; Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda, lise ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların fiziksel şiddet görme riskinin, lise ve üstü eğitime sahip kadınların fiziksel şiddet görme riskine göre 3,8 kat arttığı görülmüştür. Gelir düzeyi düşük olan kadınlarda fiziksel şiddet görme riskinin, gelir

düzeyi yüksek kadınlara göre 2,8 kat arttığı görülmüştür. Akut fiziksel hastalık grubunda yetişkin dönem fiziksel şiddete maruz kalma ile sosyo-demografik risk faktörleri arasında anlamlı bir ilişki elde edilemezken, kronik fiziksel hastalık grubunda gelir düzeyi düşük olan kadınlarda fiziksel şiddet görme riskinin gelir düzeyi yüksek kadınlara göre 4,6 kat arttığı görülmüştür.

Tablo 11 : Sosyo-Demografik Özelliklerin Yetişkin Dönemde Fiziksel Şiddet Görmeye Etkisi

	B	p	OR (Risk Oranı)	OR için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
<i>Tıbben açıklanamayan bedensel yakınmalar grubu</i>					
Eğitim(1)	-1,3	0,079	3,8	0,9	16,7
Gelir düzeyi(1)	-1,0	0,043	2,8	1,0	7,5
Model sabiti	4,3	0,000	71,6		
<i>Kronik fiziksel hastalık grubu</i>					
Gelir düzeyi(1)	-1,5	0,057	4,6	1,0	22,7
Model sabiti	21,4	0,999	2012740151		

Duygusal şiddete maruz kalma ve sosyo-demografik risk faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda geniş ailede yaşayan kadınların duygusal şiddet görme riski, çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre 8,3

kat daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Akut Fiziksel Hastalık ve Kronik Fiziksel hastalık grubundaki kadınların duygusal şiddete yönelik sosyo-demografik risk faktörleri anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 12: Tıbben Açıklanamayan Belirtiler Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yetişkin Dönemde Duygusal Şiddet Görmeye Etkisi

	B	p	OR (Risk Oranı)	OR için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
Aile biçimi(1)	-2,1	0,007	8,3	1,8	38,5
Model sabiti	2,3	0,123	10,4		

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar ile yetişkin dönem ve çocukluk çağı şiddet yaşantısı ilişkisi lojistik regresyon analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda yetişkinlik döneminde duygusal şiddet gören kadınlarda depresyon

görülme riskinin 4,6 kat, yetişkinlik döneminde fiziksel şiddet gören kadınlarda depresyon görülme riskinin 5,1 kat ve çocuklukta aşağılanan kadınlarda depresyon görülme riskinin 18,5 kat arttığı görülmüştür. Kronik fiziksel hastalık grubunda yetişkinlik döneminde fiziksel şiddet



gören kadınlarda depresyon görülme riskinin 12,2 kat, çocukluk çağında aşağılamaya maruz kalan kadınlarda depresyon görülme riskinin 5,1 kat arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 13: Tıbben Açıklanamayan Belirtiler Ve Kronik Fiziksel Hastalık Grubundaki Kadınların Şiddet Yaşamalarının Depresyona Düzeyine Etkisi

	B	p	OR (Risk Oranı)	OR için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
<i>Tıbben açıklanamayan yakınmalar grubu</i>					
Duygusal şiddet(1)	1,5	0,063	4,6	0,9	23,3
Yetişkinlikte fiziksel şiddet(1)	1,6	0,054	5,1	1,0	26,5
Çocukken aşağılanma(1)	2,9	0,015	18,5	1,8	194,0
Model sabiti	-1,7	0,013	0,2		
<i>Kronik fiziksel hastalık grubu</i>					
Yetişkinlikte fiziksel şiddet(1)	2,5	0,051	12,2	1,0	150,5
Çocukken aşağılanma(1)	1,6	0,051	5,1	1,0	145,3
Model sabiti	-1,4	0,434	0,2		

Sosyo-demografik değişkenler açısından incelediğimizde üç araştırma grubumuzun yaş, medeni durum, eğitim ve meslek dağılımı açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler ve fiziksel hastalıklar grubunda düşük gelire (asgari ücret ve altında) sahip olanların, akut fiziksel hastalık grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulgumuz literatürle uyumludur (Cloninger ve ark.1986, Feder ve ark.2001, Reid ve ark. 1999)

Ayrıca sosyo-demografik faktörler ve şiddet ilişkisi ile ilgili olarak yaptığımız regresyon analizinde, düşük eğitim ve düşük gelir (asgari ücret ve altı) düzeyi tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda, fiziksel şiddet görme riskini arttıran faktörler olarak bulunması dikkat çekicidir. Kronik fiziksel

hastalık grubunda da düşük gelir düzeyinin fiziksel şiddet görme riskini arttırdığı saptanmıştır. Birçok araştırmada ekonomik sorunlar aile içi şiddet için en önemli neden olarak bildirilmiş, yıllık gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olmasının kadınlarda şiddet mağduru olma riskini artırdığı bildirilmiştir (Bensley ve ark. 2003, Çivi ve ark. 2008, Kocacik ve Doğan 2006, Şahin ve ark. 2010, Thompson ve ark. 2006). Elde ettiğimiz sonuç, tıbben açıklanamayan belirtiler ve kronik fiziksel hastalıklar söz konusu olduğunda, ekonomik güçlüklerin aile içi şiddeti arttırabilen bir faktör olduğunun unutulmaması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tıbben açıklanamayan belirtiler ve kronik fiziksel hastalıklar grubunda kendi ya da eşin aile üyelerinden bir ya da bir kaçı ile beraber yaşama

oranının anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtiler ve şiddet mağdurluğu ilişkisi bağlamında sosyo-demografik faktörlerin etkisini incelemek için yapılan regresyon analizi sonucunda da, tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda kendi veya eşin ailesinden birileriyle yaşamak, yetişkin dönemde herhangi bir / birkaç şiddet türüne maruz kalmayı 6,7 kat, duygusal şiddet görme riskini 8,3 kat arttırmaktadır. Akut ve kronik fiziksel hastalık grubundaki kadınlar açısından benzer bir risk saptanmamıştır. Bulgularımız literatürle uyumludur (Efe ve Ayaz 2010, Vahip ve Doğanavşargil 2006). Geniş ailede yaşamak aile içi şiddet riskini arttırmakta, artan aile içi şiddette tıbben açıklanamayan belirtilere sebep olabilmektedir.

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda başvuru şikayeti olarak yaygın ya da spesifik ağrı (%78) dikkati çekmekteydi. Bulgularımız literatürle uyumludur (Katon ve ark. 2001, Reid ve ark. 2001). Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda daha önce değişik nedenlerle psikiyatrik başvuruda bulunma oranının akut fiziksel hastalık ve kronik fiziksel hastalık grubunun psikiyatrik başvuru oranından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tıbben açıklanamayan belirtiler, psikolojik sıkıntıların bedensel ifadesi olduğunu düşündüğümüz için psikiyatrik başvuru oranının yüksek olması şaşırtıcı değildir. Bulgularımız Nimnuan ve arkadaşlarının (2001) belirtileri için tıbbi izah getirilemeyen kişilerde, belirtileri açıklanabilen kişilere oranla, daha fazla psikiyatrik başvuru görüldüğünü bildirdiği çalışmayla uyumludur. Psikiyatrik başvuruda bulunma oranları yüksek bulunan tıbben açıklanamayan belirtiler grubundaki kadınların, iç hastalıkları hekimi tarafından psikiyatrik yardım alması gerektiği

söylenerek psikiyatri polikliniğine yönlendirilme oranlarının (%6) çok düşük olduğu dikkatimizi çekmiştir. Tıbben açıklanamayan belirtilerle sağlık kurumlarına başvuran hastalarda, ruhsal bazı sorunların olabileceğinin göz ardı edilmekte olduğunu düşündürmektedir.

Tıbben açıklanamayan belirtiler grubunun, yetişkin dönemde herhangi şiddet davranışına maruz kalma oranı (%66) diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksektir. Elde ettiğimiz oran ülkemizde son dönemdeki çalışmalarda bildirilen aile içi şiddet oranları (%11,9-%80,9) arasındadır (Akar ve ark. 2010, Alper ve ark.2005, Altınay ve Arat 2007, Çivi ve ark. 2008, Güler ve ark. 2005, Karaçam ve ark 2006, Mayda ve Akkuş 2003, Naçar ve ark. 2009, Şahin ve Altınel 2010, Tanrıverdi ve Şıpkin 2008). Kontrol gruplarıyla kıyaslandığında tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda daha yüksek duygusal şiddet bildirim oranı (%62) tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz duygusal şiddet oranı, ülkemizde yapılan çalışmalarda bildirilen duygusal şiddete maruz kalma oranlarından (%23,1-%55) biraz daha yüksektir (Akar ve ark. 2010, Alper ve ark.2005, Altınay ve Arat 2007, Karaçam ve ark 2006, Kaya ve Kaya 2006, Kocacık ve Doğan 2006, Mayda ve Akkuş 2003).

Fiziksel şiddet bildirim oranı tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda (%38), kontrol gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu oran ülkemizde bildirilen benzer çalışma sonuçlarının oranlarıyla (%14,4-%41,4) uyumludur (Akar ve ark. 2010, Alper ve ark.2005, Karaçam ve ark 2006, Kaya ve Kaya 2006, Kocacık ve Doğan 2006, Mayda ve Akkuş 2003). Genel olarak elde ettiğimiz şiddet oranları bu konuyla ilgili araştırmalar sonucunda bildirilen şiddet oranlarının üst sınırlarına daha



yakındır. Örneklem grubunun duygusal şiddet oranı ülkemizde yapılmış çalışmalarda bildirilen duygusal şiddet oranlarından yüksektir. Çalışmanın örneklem grubunun zaten genel toplum örneklemini kullanan araştırmalara göre daha yüksek şiddet oranı şüphesiyle oluşturulduğu göz önünde bulundurulursa, elde ettiğimiz yüksek şiddet oranları açıklanabilir. Yalnız cinsel şiddet bildirimini düşük olması uygulamanın bire bir görüldüğü bir ortam da olsa başka nedenle geldikleri poliklinik muayene ortamında yapılmasının vakaları ifade açısından kısıtlaması ve bu konuda konuşmanın rahatsız etmesi gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Elde edilen şiddet oranlarının tıbben açıklanamayan belirtiler grubunda kontrol gruplarına göre daha yüksek çıkması, çalışmanın temel hipotezi olan tıbben açıklanamayan belirtilerin aile içi şiddet- özellikle fiziksel ve duygusal şiddet- açısından gösterge olabileceği düşüncesini doğrulamıştır. Ayrıca bu bulgu yapılan regresyon analizinde, tıbben açıklanamayan belirtiler grubundaki kadınlarda duygusal şiddet görme riskinin; akut fiziksel hastalık grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulgusuyla da desteklenmiştir. Literatürde benzer sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Örneklem grubunun psikiyatri başvurusunda bulunan kadınlardan ya da bir bölge toplumunun taranmasıyla oluşturan birçok araştırma sonucunda somatizasyonun yetişkin dönemde şiddette maruz kalan kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Goldblatt ve Granot'un 2005, Lown ve Vega 2001, Nicolaidis ve ark. 2004, Nicolaidis ve McFarland 2009, Özenli ve ark 2009, Samelius ve ark. 2009). Çalışma popülasyonumuza daha yakın olduğu için hastane ortamlarında yapılan çalışmalar ayrıntılı

incelendiğinde benzer sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir (Eberhard-Gran ve ark. 2007, Gren ve ark 1999, Richardson ve ark. 2002, Risberg ve ark 1999, Spertus ve ark. 2003). Samelius ve arkadaşları (2007) tıbben açıklanamayan belirtiler ile yalnızca duygusal istismar arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Tıbben açıklanamayan bedensel semptomların ve hastalıkların altta yatan sebebi olarak şiddet olasılığını düşünmenin yanı sıra, hekimler şiddetle ilgili sorular sormalıdır.

Duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet tüm gruplarda çoğunlukla eş tarafından uygulanmaktadır. Bulgularımız literatürle uyumludur. Karaoğlu ve ark (2006) ve Kocacık ve Doğan (2006) kadınlara aile içi şiddet uygulayanların çoğunlukla eş olduğunu bildirmişlerdir. Şiddetin ruh sağlığı üzerindeki etkisini belirlemek için araştırma gruplarının ölçeklerden aldığı puanlar şiddet türleri açısından istatistiksel olarak incelenmiştir. Organik sebebi bulunmayan yakınmalar grubunun depresyon düzeyinin, akut ve kronik fiziksel hastalık gruplarından daha yüksek olduğu, ancak grupların aleksitimi düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bulgularımız literatürle uyumludur (Kirmayer ve Young 1998, Simon ve ark 1999, Sayar ve ark. 2001). Organik sebebi bulunmayan yakınmalar söz konusu olduğunda depresyon düzeyinde de artış gözlenebileceği, aleksitiminin her zaman tıbben açıklanamayan belirtilerde söz konusu olamayacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda iç hastalıkları başvuruları sırasında gerek tıbben açıklanamayan belirtiler grubuna, gerek akut ve kronik fiziksel hastalık gruplarında yer alan hastaların hiç birine muayene eden hekim tarafından şiddet görüp görmediği ile ilgili soru sorulmamıştır. İngiltere'de yapılan

bir araştırmada sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda aile içi şiddet oranı % 41, yaşanan bu şiddetin tıbbi kayıtlara yansım oranını % 7 olarak saptanmıştır (Richardson ve ark. 2002). Tıbben açıklanmayan bedensel yakınmalarla başvuran kadınların psikiyatriye yönlendirilme oranı % 6 olarak belirlenmiştir. Dahiliye başvurularının %40-70'inin psikiyatrik bulgu verdiği ancak % 3'ünün psikiyatriye yönlendirildiği bildirilmektedir. Ancak hastalar kendilerine şiddetle ilgili soruların sorulmasına kapalı olmadıklarını bildirmektedirler (Bradley ve ark. 2002). Çalışmamızda "Eğer Muayene eden hekim tarafından şiddet görüp görmediğiniz sorulsaydı cevaplar mıydınız?" sorusuna şiddet mağduru kadınların hepsi olumlu cevap vermiştir. Hastaların aile içi şiddet konusunda soru sorulmasına açık olduğunun hekimler tarafından bilinmesi, daha rahat soru sormalarını sağlayabilir.

SONUÇ

Aile içi şiddet sonucu fiziksel hasar görmüş olan hastaların bile şiddet nedeniyle tıbbi başvurda bulunmaması dikkat çekicidir. Aile içi şiddet nedenli sağlık problemleri tıbbi kayıtlara ve dolayısıyla hukuki kayıtlarda da yansımamaktadır. Toplumsal bilinçlenme sadece şiddet mağduru olan kadınlar açısından değil, başka sebeplerle başvurdukları sağlık kurumlarında görevli hekimler açısından da aile içi şiddetle ilgili ipuçlarını yakalamak, bu konuda soru sorabilmek ve şiddet mağduru kişileri yönlendirme açısından da önemlidir. Araştırmamızdan elde edilen bulguları kısaca şu şekilde özetleyebiliriz.

- Tıbben açıklanamayan belirtiler ve kronik fiziksel hastalıklar grubunda düşük gelire

(asgari ücret ve altında) sahip olma aile içi şiddet olasılığını arttırmaktadır.

- Tıbben açıklanamayan belirtiler yetişkin dönemde aile içi şiddet -özellikle fiziksel ve duygusal şiddet- mağdurluğu açısından gösterge olabilir.
- Tüm gruplarda yetişkin dönem fiziksel şiddet görme ile duygusal şiddet görme birbirinin öngördürücüsü olarak belirlenmiştir.

Alınan bilgilerin beyana dayalı olması ve geçmişe dönük sorularda bellek yanılgılarının olma olasılığı, özellikle çocukluk çağı şiddet yaşantısı açısından çalışma dizaynının kısıtlılıklarını oluşturmuştur. Ayrıca fiziksel şiddet sonrasında psikolojik yardım ihtiyacı açısından araştırma grupları karşılaştırılırken düşük olgu sayısıyla çalışılmıştır. Tıbben açıklanamayan belirtiler grubu için hedeflenen ve çalışma kriterlerine uygun vaka sayısına ulaşmakta güçlük çekilmiştir. Sonuç olarak elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda, süregelen tıbben açıklanamayan belirtilerle (yaygın ağrılar, yorgunluk vb) başvuran kadınlarda aile içi şiddet sorgulanması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKÇA

1. Akar T, Aksakal N, Demirel B, Durukan E, Özkan S (2010)The prevalence of domestic violence against women among a group woman: Ankara, Turkey. *J. Family Violence*, 25: 449-460
2. Aksoy E, Çetin G, İnanıncı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F (2004). Aile içi şiddet. <http://www.ttb.org.tr/adli/6.html> (Erişim Tarihi: 20.12. 2008).



3. Alper Z, Ergin N, Selimoğlu K, Bilgel N (2005) Domestic violence: a study among a group of Turkish women. *Eur J Gen Pract*; 11: 48-54.
4. Altınay A G, Arat Y (2007) Türkiye’de kadına yönelik şiddet raporu, İnsan Hakları Ortak Platformu http://www.ihop.org.tr/dosya/diger/kadin_siddet.pdf.
5. Amar AF., Gennaro S, (2005) Dating violence in college women: associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms, *Nurs Res* 54, pp. 235–242.
6. Atman Ü.C., (2003) Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz / Irza Geçme, *Stend* cilt 12 • sayı 9 • 333-335
7. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. (2007) Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Women’s Health*; 16:987-997
8. Bradley F, Smith M, Long J, O’Dowd T.(2002) Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* ; 324: 271-274.
9. Brown, R. J., Schrag, A., ve Trimble, M. R. (2005) Dissociation, childhood interpersonal trauma and family functioning in somatization disorder. *American Journal of Psychiatry* 162:899-905
10. Cloitre, M., Scarvelone, P., ve Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually revictimised women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 437– 452
11. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB ve ark. (1986) A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*, 143: 873-878
12. Çiçekçioğlu M. Saçakoğlu F. (1996) Kadına Yönelik Şiddet ve Çözüm Yolları *Toplum ve Hekim*; 11(75-76); 97-103
13. Çivi S Kutlu R, Marakoğlu K (2008) The frequency of violence against women and the factors affecting this: a study on women who applied to two primary health care centers, *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 110-116
14. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A, (2007) Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence, *J Gen Intern Med* 22 , pp. 1668–1673
15. Feder A, Olfson M, Gameroff M ve ark. (2001) Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practise. *Psychosomatics*, 42:261-268.
16. Goldblatt, H. ve Granot, M. (2005). Domestic Violence Among Druze Women in Israel as Reflected by Health Status and Somatization Level. *Women ve Health*, 42 (3), 19-36
17. Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR. (1999) Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *J Pain Symptom Manage*;18:420–426,
18. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. (2005) Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 27: 51-56

19. Jewkes, R. (2002) "Intimate partner violence: causes and prevention", *The Lancet* 359: pp. 1423-1429
20. Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H et al. (2008); Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics* 49: 317-325.
21. Karaçam Z. Çalışır H. Dünder E. Altuntaş F. Avcı HC. (2006) Evli kadınlarda Aile İçi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* Cilt: 22 Sayı:
22. Karaoğlu N., Çivi S., Kutlu R., Marakoğlu K., (2006) Şiddete Maruz Kalan Kadınlara Göre Şiddet Uygulayanların Sosyodemografik Özellikleri: Konya'da Toplum Bazlı Bir Çalışma, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* , 26:522-526
23. Kartal G (2008). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık teşkilatının rolü, 1. Kadın Sağlığı Kongresi "Kadına Yönelik Şiddet" Kongre kitabı, Ankara, 91-92
24. Katon W, Sullivan M, Walker E (2001) Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med*, 134: 917-925.
25. Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*, 60: 420-430.
26. Lown EA, Vega WA. (2001) Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosom Med*, 63: 352-60.
27. Mayda A.S, Akkuş D (2003) Ev kadınlara yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 13: 51- 58
28. Mihalic, S. W., Elliot, D. (1997). Asocial learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence*, 12, 21-47 (loc citt 5)
29. Murthi, M., Espalage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support and psychological outcomes: a loss framework. *Child Abuse ve Neglect*, 29; 1215 – 1231
30. Naçar M, Baykan Z, Poyrazoğlu S, Çetinkaya F (2009) Kayseri İlinde İki Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet TAF *Prev Med Bull* 8(2):131-138
31. Nagin, D S. , Paternoster R. (1993) Enduring individual differences and rational choice theories of crime. *Law and Society Review* 3:467-496 (Loc citt 12)
32. Nicolaidis C, Curry M, McFarland B, and M. Gerrity, (2004), Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice, *J Gen Intern Med* 19;819-827.
33. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S (2001) Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*, 51: 361-367.



34. Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal E, Özçürümez G. (2009), Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10(2):131-136
35. Öztürk, O. (1989) Ruhsağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım-Yayım-Dağıtım, Bayrak Grafik ve Matbaacılık 2. Basım, İstanbul,
36. Paradis AD, Reinherz HZ, Giaconia RM, et all (2009) Long-Term Impact of Family Arguments and Physical Violence on Adult Functioning at Age 30 Years: Findings From the Simmons Longitudinal Study J . *AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48:3
37. Reid S, Crayford T, Richards S ve ark. (1999) Recognition of medically unexplained symptoms: Do doctors agree? *J Psychosom Res*, 47: 483-485.
38. Reid S, Wessely S, Crayford T ve ark.(2001) Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care:a retrospective cohort study. *BMJ*, 322:1-4
39. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 324:274.
40. Risberg G, Lundgren E, Westman G. (1999) Prevalence of sexualized violence among women. A population-based study in a primary healthcare district. *Scand J Public Health*; 27: 247-53
41. Rittersberger Tılıç H. “Aile İçi Şiddet; Bir sosyolojik Yaklaşım” 20. yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek, (1998)Editor: Oya Çiftçi, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları no: 283, Ankara.
42. Robertiello G. (2006) Common Mental Health Correlates of Domestic Violence, *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6(2):111-121
43. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K,(2009) Posttraumatic Stress and Somatization in Abused Women, *Traumatology*, Vol:15(1) March 103-112
44. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. (2007) Somatization in abused women. *J Women’s Health.*;16(6):909-18
45. Sayar K. (2002) Tıbben Açıklanamayan Belirtiler *Türk Psikiyatri Dergisi* ;13(3):222-231
46. Sayar K.,Bilen A, Arıkan M, (2001) Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2:36-42.
47. Schaaf and McCanne (1998). K.K. Schaaf and T.R. McCanne, Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Negl* 22 pp. 1119-1133
48. Sevinçok L, Akoğlu A (2001) Panik ve Depresyon: Etiyoloji, Tanı ve Eştanı Sorunları *Duygudurum Dizisi*,5:215-227
49. Spertus I, Yehuda R, Wong C, Halligan S, Seremetis S. (2003) Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl*;27:1247-58

50. Subaşı N, Akın A. (2003) Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları, toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Hacettepe Üniversitesi
51. Swan, S. C. (2006) The Development of a Theory of Women's Use of Violence in Intimate Relationships *Violence Against Women*. Vol. 12, No. 11, 1026-1045
52. Şahin NH, Durak-Batıgün A, Uğurtaş S. (2002) Kısa Semptom Envanteri: Gençler için Uyarlanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13: 125-35
53. Tanrıverdi G, Şıpkın S,(2008) Çanakkale'de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi, *Fırat Tıp Dergisi* , Cilt 13, Sayı 3, 183-187
54. Thompson RS, Bonomi AE, Rivara FP, et al. (2006) Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity across adult women's lifetime. *Am J Prev Med*;30:447-57
55. Vahip, I.(2002). Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. *Türk psikiyatri dergisi*, 13 (4), 312-319.(loc citt 5)
56. World Health Organization World Health Organization (1996) Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, (document WHO/ EHA/SPI.POA.