



ARAŞTIRMA YAZISI

Aile içi fiziksel şiddetin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran bir erkek örnekleminde değerlendirilmesi: kontrollü bir çalışma

Vahap Karabulut¹, Başak Özçelik², Oğuz Karamustafaloğlu³

¹Prof. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM), İstanbul - Türkiye

²Serbest Hekim, İstanbul - Türkiye

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul - Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada erkek bir örnekleme eşe yönelik fiziksel şiddet (EFŞ), çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı (maruz kalma [ÇFŞM]), ana baba şiddetine tanıklık [ÇFŞT]), kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama (ÇFŞ) sıklıkları ve bunlar arasındaki ilişkinin araştırılması, şiddete katkıda bulunan sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi, psikiyatrik morbidite yükünün saptanması ve bunun EFŞ ile ilişkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine ardışık olacak şekilde ayaktan başvuran psikiyatrik tanısı olan gruba (n=80), hasta yakınlarından seçilen psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan kontrol grubunun (n=40) verileri karşılaştırılmıştır. Her iki gruba sırasıyla SCID-I (DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) ve Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu I-II uygulanmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte her iki grupta yüksek oranlarda EFŞ tespit edildi (%71.3'e karşı %60, p=0.215). Psikiyatrik tanısı olan grupta ÇFŞM anlamlı olarak daha yüksekti (%87.5'e karşı %72.5, p=0.041). Buna karşın ÇFŞT (%61.3'e karşı %47.5, p=0.152) ve ÇFŞ (%76.1'e karşı %57.6, p=0.057) oranlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çoklu logistik regresyon modelinde bu bağımsız değişkenlerden EFŞ'yi anlamlı düzeyde yordayıcı faktör ÇFŞM olarak saptanmıştır (Exp (B): 5.071 95% CI: 1.092-23.549). Özgül psikiyatrik tanısı olan ve olmayanların şiddet oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Erkek örnekleme yapılan bu çalışma aile içi şiddetin hem psikiyatrik tanı alan hem de kontrol grubunda yaygın olduğu göstermektedir. Kesitsel olarak değerlendirildiğinde çalışma sonuçları ÇFŞM'nin psikiyatrik eşanı yükünü ve EFŞ'yi artırdığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Aile içi fiziksel şiddet, erkek, şiddet, psikiyatrik tanı

GİRİŞ

Aile içi şiddet, dünya üzerindeki en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Bu terim, birçok ülkede eş

şiddetine atıfta bulunmak için kullanılmakla birlikte aynı zamanda çocuk, yaşlı veya herhangi bir hane halkı üyesinin istismarını da kapsamaktadır (1). Aile içi şiddet fiziksel, cinsel, duygusal ve / veya psikolojik

Atf için yazım şekli: Karabulut V, Özçelik B, Karamustafaloğlu O. Aile içi fiziksel şiddetin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran bir erkek örnekleminde değerlendirilmesi: kontrollü bir çalışma. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2020;33:180-189.

Yazışma: Vahap Karabulut, Prof. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM), İstanbul - Türkiye

E-mail: v-karabulut@hotmail.com

Alınan: Ekim 02, 2019; **Revize:** Kasım 08, 2019; **Kabul edilmiş:** Ocak 13, 2020

kötüye kullanımı içerebilir (2). Bilişsel, davranışsal, gelişimsel, sosyal ve duygusal etkilerinin yanında kurbanın hayatını tehlikeye soktuğu için fiziksel şiddet, aile içi şiddetin en ciddi formlarından biridir. Fiziksel şiddet, failin kasıtlı olarak başka bir kişinin bedenini etkilediği herhangi bir davranış olarak tanımlanmaktadır (3). Klinik örneklerde hem erkekler hem de kadınlar fiziksel yakın eş şiddeti kullanmasına rağmen, erkeklerin ilişki süreçlerinde şiddet eylemlerini başlatma ve şiddetli saldırılarda bulunma ihtimali daha yüksektir (4). Erkekten kadına yönelik şiddet, kadından erkeğe yönelik şiddete göre daha olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir (5).

Aile içi şiddet her yaşta, toplumda, eğitim düzeyinde, dini, kültürel ve sosyoekonomik grupta meydana gelen yaygın bir sorun olmakla birlikte psikiyatrik popülasyonda çok daha önemli bir yere sahiptir. Gözden geçirme bulguları, her türlü ruhsal bozukluğu olan hem erkek hem de kadınların, ruhsal bozukluğu olmayan insanlara kıyasla yüksek prevalans ve artan aile içi şiddet oranları bildirdiğine dair kanıtlar sunmaktadır (6-8). Oram ve ark. (2013) meta-analizinde ayaktan takip edilen psikiyatrik yaşam boyu fiziksel eş şiddeti prevalans oranlarını kadın hastalar arasında %8-80, erkek hastalar arasında %2-6 olarak bildirmiştir. Yüksek kaliteli çalışmalar arasında, kadın hastalardaki medyan prevalans %43 saptanmıştır (IQR 25-51, range 8-60) (8). Ülkemizde psikiyatrik örnekleme yapılan çalışmalarda kadınların %45-62'si evliliğinde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü bildirmiştir (9-12).

Erkek şiddet davranışıyla ilişkili bir çok bireysel, ilişkisel, toplumsal ve sosyal düzeyde risk faktörü belirlenmiştir. Aile içi şiddette bireysel düzeyde etkili risk faktörleri arasında genç yaş (13,14), yoksulluk (13-15), düşük eğitim seviyesi (15-17), erken yaşam risk faktörleri (çocukken aile içi şiddete ve istismara tanık olma, çocukluk çağına kötüye kullanım) (18-20) ve alkol-madde kötüye kullanımı (21,22) sayılmaktadır. Aile içi şiddete ilişkin çocukluk ve ergen gelişimsel öngörücülerini inceleyen 25 uzunlamasına çalışmanın verilerine göre aile içi şiddetin önemli belirleyicileri arasında çocuk istismarı, aile kökenli riskler, çocuk ve ergen davranış sorunları, ergen madde kullanımı, ergen akran riskleri ve daha az tutarlı olarak sosyodemografik riskler tanımlanmıştır. Çocuk ve ergen istismarı deneyimleri ve aile kökenli riskler en sık araştırılan ve tutarlı öngörücülerdir (20). Bu bulgularla tutarlı olarak başka bir gözden geçirme çalışmasında, çocukken istismara uğrayan erkeklerin, kuşaklararası şiddet döngüsü sebebiyle eşlerine karşı şiddet eylemleri

gerçekleştirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (23).

Aile içi fiziksel şiddet ile ilgili çalışmalarda sıklıkla şiddete maruz kalan kadınlara odaklanılmakta ve şiddet gören kadınla ilgili çeşitli parametreler arasında ilişki aranmaktadır. Oysa şiddeti uygulayan erkek eşler hakkında çok daha az bilgi sahibiyiz. Ülkemizde sorunun boyutları incelenirken, erkek saldırganlığının özelliklerini klinik ortamda erkeklerden oluşan bir örnekleme ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız eksik kalan bu alana katkı sağlama amaçlı tasarlanmıştır. Çocuğa ve ebeveynlere yönelen fiziksel şiddet irdelenirken, ebeveynlerin önceki kuşaklarla olan şiddet örüntülerinin değerlendirilmesi, içinde yaşadıkları kültürel ve sosyodemografik yapıların belirlenmesi, katkıda bulunan psikiyatrik bozuklukların incelenmesi şiddet döngüsünü anlamamıza katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda çocukluk çağına fiziksel şiddet varlığının erkeklerin şiddet davranışına ve psikopatoloji gelişimine önemli bir yansımalarının olacağını düşünüyoruz. Sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında psikopatolojisi olan erkelerde çocukluk çağı travmalarının eş fiziksel şiddetine yansımaları farklı olabilir. Hipotezimize göre çocukluk çağına fiziksel şiddet varlığının ancak kişide bir psikopatoloji gelişimine sebep olduğu taktirde eş fiziksel şiddetini ve diğer aile fertlerine yönelik şiddeti öngörebilmesi daha muhtemeldir.

Bu çalışmada erkek bir örnekleme eş fiziksel şiddeti (EFŞ), çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı (fiziksel şiddete maruz kalma [ÇFŞM]; fiziksel şiddete tanık olma [ÇFŞT]), kendi çocuğuna fiziksel şiddet (ÇFŞ) uygulama sıklığını ve bunlar arasındaki ilişkinin araştırılması, şiddete katkıda bulunan sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi, psikiyatrik morbidite yükünün saptanması ve bunun eş fiziksel şiddeti ile ilişkisinin tartışılması amaçlanmıştır. Bu çalışmada, erkek tarafından yakın eş şiddeti ya da eşe yönelik fiziksel şiddet davranışı eş fiziksel şiddeti (EFŞ) terimi ile kullanılması tercih edilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Örneklemi

Çalışma grupları, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ocak-Mart 2010 tarihleri arasında muayene amaçlı ayaktan başvuranlar ve hasta yakınlarından oluşturuldu.

Araştırmanın Tasarımı ve Uygulama

Tanımlayıcı, kesitsel tipte vaka-kontrol çalışması olarak tasarlanan bu çalışmaya dahil edilen katılımcılar ardışık

olacak şekilde seçildi. Psikiyatrik muayene amaçlı başvurusu olan toplam 96 kişiyle görüşme yapıldı. İki kişi klinik görüşme sürecini tamamlayamadığı için çalışmadan çıkarıldı. SCID-I (DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu)'e göre şimdiki herhangi bir psikiyatrik tanı ölçütünü karşılamayan 14 kişi çalışma grubunun dışında tutuldu. Geriye kalan dahil etme ölçütlerini karşılayan 80 erkek katılımcı ile "hasta grubu" oluşturuldu. Kontrol grubunun oluşumu için psikiyatri ünitesine ayaktan başvuran hastalara refakat eden toplam 50 kişi ile görüşme yapıldı. SCID-I ile şimdiki herhangi bir psikiyatrik tanı ölçütünü karşılayan 10 kişi çalışmadan çıkarıldı ve geriye kalan 40 kişi ile "kontrol grubu" oluşturuldu.

Her iki gruba sırasıyla SCID-I (DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) uygulaması sonrasında Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu ile görüşme sürdürüldü.

Çalışma için etik kurul onayı alındı. Tüm görüşmeler tek bir hekim tarafından gerçekleştirildi. Her katılımcıyla bilgilendirilmiş onam sonrasında özel bir poliklinik odasında görüşme yapıldı.

Dahil etme ölçütleri: 18-65 yaşlar arası evli erkek hastalar; Türkçe okuma ve yazma yeterliliği olan hastalardan eğitim durumu ölçeği anlamaya ve yanıtlamaya uygun olanlar

Dışlama ölçütleri: Birlikte var olan mental retardasyon, primer demans ya da diğer şiddetli organik hastalıklar, testleri güvenilir bir şekilde dolduramayacak kadar konfüze, ajite ve açık bir şekilde psikotik olan hastalar; kontrol grubu katılımcıları için daha önce psikiyatrik başvurularının olması.

Ölçekler

DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I): First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlanarak güvenilirlik çalışması yapılmış, DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur (24,25).

Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu Bölüm I-II: Doğanavşargil ve Vahip (26) tarafından geliştirilmiş, sosyodemografik veriler, aile yapısı ve aile içi fiziksel şiddeti üç kuşak için ayrıntılı olarak sorgulayan, klinisyen tarafından doldurulan, yarı yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Görüşme Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik özellikler ve aile yapısına yönelik soruları kapsarken, ikinci bölümde fiziksel

şiddete odaklanan sorulara yer verilmektedir. Klinik görüşmede kültüre ait özelliklerin belirlenmesi için aile yapısı, sosyal çevre ve şiddete ilişkin görüşler ayrıntılarıyla sorulmaktadır ve aile içi fiziksel şiddet yalnızca şimdiki ilişkide değil, bir önceki ve bir sonraki kuşak da dahil olmak üzere üç kuşakta sorgulanmaktadır. Klinik görüşme formunun fiziksel eş şiddetini ölçen bölümüne, erkek saldırganlığını ölçmeye olanak verecek şekilde yazarlardan izin alınarak bazı sorular eklendi.

Tanımlar

Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı (ÇFŞM): 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir (27). Çalışmamızda çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı "Çocuk yetiştirirken dayak, kulak çekme, vurma, çimdikleme ve başka türlü kaba kuvvete başvurma toplumumuzda oldukça yaygındır. Siz çocukluğunuzda bunları hiç yaşadınız mı?" sorusuyla araştırıldı.

Çocukluk çağında ana baba şiddetine tanıklık (ÇFŞT): 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası arasında şiddete tanık olması ya da başkasından duyumu "Evlilikleri süresince annenizle babanız arasında hiç kaba kuvvete şahit oldunuz mu veya bir başkasından duydunuz mu?" sorusuyla araştırıldı.

Eş fiziksel şiddeti (EFŞ): Eş fiziksel şiddeti "Evliliğin iyi yanları yanında yaşamı paylaşmaktan gelen bazı zor tarafları da vardır. Evliliğinizde yaşanan anlaşmazlık, gerginlik durumlarında, sizinle eşiniz arasında hiç kaba kuvvet meydana geldiği oldu mu?" sorusuyla sorgulandı. Sarsma, hırpalama, itme, çimdikleme, çizme, ısırma, tokat atma, tekmeleme, dayak atma, yakma, bireye cisimler atma, saçından tutup yerlerde sürükleme, sopa ve odun ile dövme, ellerini kollarını bağlama, kesici delici aletlerle üzerine yürüme ve bunları kullanarak kişiyi yaralama, bıçaklama, ateşli silahlar kullanma, kişileri öldürme ya da onların fizik bütünlüğüne karşı eylemler gibi durumlar fiziksel şiddet uygulamalarıdır (28).

Kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet (ÇFŞ): Çocuğa yönelik fiziksel şiddet sorgulanırken kendisinin çocuğa yönelik şiddetini belirlemeye imkan verecek şekilde "Çocuğunuz söz dinlemediginde veya bir hata yaptığında hiç sizin çocuğunuza vurduğu/çimdiklediği/kulağını çektiği vb. şekilde kaba kuvvete başvurduğu oldu mu?" sorusuyla araştırıldı.

En az bir kez fiziksel şiddet olayının gerçekleşmesi, olgu için fiziksel şiddetin varlığı olarak kabul edildi.

İstatistiksel Analiz

Tüm analizler için Windows için SPSS 18.0 istatistik paketi kullanılmıştır. Verilerin özet bilgileri ortalama, standart sapma ve yüzde cinsinden sunuldu. Normalliğin sınanması için uygulanan Kolmogorov Smirnov testi sonuçlarına göre değişkenlerin normal dağılım gösterdiği ($p>0,05$) sonucuna varıldı. Grupların yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi gibi sürekli değişkenlerini karşılaştırmak için Student t testi kullanıldı. Kategorik sosyodemografik değişkenler ve şiddet parametreleri (ÇFŞM, ÇFŞT, EFŞ, ÇFŞ) ki-kare istatistiklerle karşılaştırıldı. EFŞ'yi yordayabilecek değişkenler (ÇŞFM, kendi ve eşin eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, evde alkol tüketiminin varlığı) logistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Tüm istatistiksel analizler için, p değerleri 2 kuyruklanmış ve farklar $p<0,05$ 'de anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler: Her iki grubun bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Grupların değerlendirmeye alınan kendi ve eşin yaşı, evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, meslek dağılımları, gelir düzeyleri, doğum bölgeleri, göç durumu, barınma durumları, çocuk durumu ve evlilikle ilgili faktörler (evlenme biçimi, akraba evliliği, kaçarak evlenme, başlık parası vb.) gibi sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılıklar saptanmadı. Gruplar türdeş sosyodemografik özellikleri itibarıyla kıyaslanabilir nitelikteydi.

Psikiyatrik tanılar ve aile içi fiziksel şiddet parametreleriyle ilişkisi: Hasta grubundaki tanı dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. En sık konulan tanı %56.3 ile depresif bozukluklar iken depresyon ve anksiyete bozuklukları tanı dağılımının %82.5'ni karşılamıştır. Anksiyete bozuklukları arasında sıklık sırasına göre sosyal anksiyete bozukluğu (%18.8), panik bozukluk

Tablo 1: Grupların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=80)		Kontrol grubu (n=40)		t	df	p
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Kendi yaşı	42.35	10.82	42.48	12,23	0.057	118	0.955
Eş yaşı	38.89	11.68	39.03	11.55	0.061	118	0.951
Evlenme yaşı	23.39	4.08	24.80	3.86	1.820	118	0.071
Evlilik süresi	18.81	12.59	17.80	13.79	-0.402	118	0.688
	n	%	n	%	χ²	df	p
Kendi eğitim durumu					5.661	3	0.129
Eğitimsiz	2	2.5	0	0			
İlköğretim	44	55	15	37.5			
Ortaöğretim	30	37.5	20	50			
Yükseköğretim	4	5	5	12.5			
Eşin eğitim durumu					1.608	3	0.657
Eğitimsiz	8	10	5	12.5			
İlköğretim	49	61.3	20	50			
Ortaöğretim	21	26.3	13	32.5			
Yükseköğretim	2	2.5	2	5			
Kendi çalışma durumu					0.019	1	0.892
Çalışan	53	66.3	26	65			
Eşin çalışma durumu					0.445	1	0.505
Çalışan	16	20	6	15			
Evlenme biçimi					2.406	1	0.121
Görücü usulü	42	52.5	15	37.5			
Anlaşarak	38	47.5	25	62.5			
Akraba evliliği	19	23.8	12	30	0.544	1	0.461
Çocuk sahibi	67	83.3	33	82.5	0.030	1	0.862

Tablo 2: Hasta grubunun psikiyatrik tanı dağılımları

Psikiyatrik tanı	n=80	%
Depresif bozukluklar ¹	45	56.3
Anksiyete bozuklukları ²	40	50
Depresyon+anksiyete bozukluğu	66	82.5
Bipolar bozukluk ³	11	13.8
Psikotik bozukluklar ⁴	4	5
Alkol-madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar ⁵	6	7.6
Somatoform bozukluklar	7	8.8
Uyum bozuklukları	4	5
Geçmişte tanı	52	65
Psikiyatrik tanı sayısı		
Bir tanı alanlar	47	58.8
İki tanı alanlar	19	23.8
İkiden fazla tanı alanlar	14	17.4

¹Major depresif bozukluk: 43, Distimik bozukluk: 6

²Bipolar I bozukluk: 7, Bipolar II bozukluk:4

³Panik bozukluk: 2, Obsesif kompulsif bozukluk:4, Travma sonrası stres bozukluğu: 15, Özgül fobi: 7, Yaygın anksiyete bozukluğu:7, BTA anksiyete bozukluğu: 4

⁴Sizofreni:1, Sanrılı bozukluk: 1, BTA psikotik bozukluk:2

⁵Alkol kullanım bozuklukları: 5, Madde kullanım bozuklukları:2,

Alkol-maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu:1 Alkol-maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu: 1

(%15), yaygın anksiyete bozukluğu (%8.8), özgül fobi (%8.8), obsesif kompulsif bozukluk (%5), travma sonrası stres bozukluğu (%2.5) saptanırken, %12.6'sında birden fazla anksiyete bozukluğu tanısı kondu. Birden fazla psikiyatrik tanı alan hasta oranı %41.2 idi. Hastaların %65'inde geçmişte de bir psikiyatrik tanı öyküsü mevcuttu. Her ne kadar kontrol grubunda psikiyatrik tanı dışlanmış olsa da katılımcıların %20'inde geçmişte bir psikiyatrik tanı öyküsü vardı.

Psikiyatrik tanımlarla şiddet parametreleri arasındaki ilişki incelendi. Herhangi bir psikiyatrik tanı grubuyla ÇFŞM, ÇFŞT, EFŞ ve ÇFŞ oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Farklı kuşaklarda aile içi fiziksel şiddet oranları: Hasta ve kontrol grubu arasında şiddet parametrelerinin

farklılaşp farklılaşmadığı ki-kare analizleriyle incelendi. İki grup arasında ÇFŞM, ÇFŞT, EFŞ ve ÇFŞ oranları Tablo 3'te gösterilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ÇFŞM oranları saptandı (%87.5'e karşı %72.5, p=0.041). İki grup arasındaki diğer şiddet parametreleri (ÇFŞT, EFŞ, ÇFŞ) kıyaslamalarında hasta grubunda daha yüksek şiddet oranları görülmekle birlikte oluşan fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi.

Meydana gelen EFŞ'nin kimin tarafından uygulandığı değerlendirildi. Hasta grubunda karısı tarafından tek taraflı şiddete uğradığını belirten kişi yokken, %38.6'sında şiddetin karşılıklı, %61.4'ünde erkekten kadına yönelik olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %4.2, %25 ve %70.8 olarak saptandı.

Eş fiziksel şiddetiyle ilişkili yordayıcı faktörler: Hasta ve kontrol grubunda EFŞ'yi yordayabilecek faktörler logistik regresyon analizinde değerlendirildi. Bağımlı değişken olarak EFŞ alındığında ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak ilişkili bulunan değişkenler (Hasta grubunda; ÇFŞM, kendi eğitim düzeyi [eğitimsiz ve ilköğretim - ortaokul ve üstü], çocuk sahibi olma durumu, evde alkol tüketiminin varlığı. Kontrol grubunda; kendi ve eşinin eğitim düzeyi) bağımsız değişkenler olarak modele alındı (Tablo 4). Yordayıcı değişkenler modele eklendiğinde, EFŞ kategorilerindeki dağılımı doğru tahmin gücü hasta grubunda %78.2, kontrol grubunda %70 olduğu görülmektedir. Bu bağımsız değişkenlerden hasta grubunda EFŞ'yi anlamlı düzeyde yordayan faktör ÇFŞM olarak saptanmıştır. ÇFŞM öyküsünün varlığı EFŞ'yi yaklaşık 5 kat artırmaktadır (Exp (B): 5.071 95% CI: 1.092-23.549).

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunda lojistik regresyon modelinde aile içi eş fiziksel şiddetini yordayıcı değişkenlerin analizi

TARTIŞMA

Çalışmamızda önemli bulgularından biri ÇFŞM ile EFŞ arasındaki ilişki ile ilgilidir. Kontrol grubunda bir

Tablo 3: İki grup arasında çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma, ana baba şiddetine tanık olma, eşe ve çocuğa yönelik fiziksel şiddetin karşılaştırılması

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ ²	df	p
	n	%	n	%			
ÇFŞM	70/80	87.5	29/40	72.5	4.156	1	0.041**
ÇFŞT	49/80	61.3	19/40	47.5	2.053	1	0.152
EFŞ	57/80	71.3	24/40	60	1.538	1	0.215
ÇFŞ*	51/67	76.1	19/33	57.6	3.620	1	0.057

*Çocuğu olan kişi sayısı; hasta grubunda 67, kontrol grubunda 33. **p<0.05

ÇFŞM: Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı, ÇFŞT: Çocukluk çağında ana baba şiddetine tanıklık, EFŞ: Eş fiziksel şiddeti ÇFŞ: Kendi çocuğuna fiziksel şiddet

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunda lojistik regresyon modelinde aile içi eş fiziksel şiddetini yordayıcı değişkenlerin analizi

	B	S.E	Wald	df	p	Exp(B)	95% CI
Hasta grubu¹							
ÇFŞM	1.624	0.783	4.295	1	0.038*	5.071	1.092 23.549
Kendi eğitimi	-0.879	0.572	2.364	1	0.124	0.415	0.135 1.273
Çocuk durumu	0.818	0.733	1.246	1	0.264	2.266	0.539 9.525
Alkol tüketimi	1.362	1.100	1.533	1	0.216	3.905	0.452 33.751
Kontrol grubu²							
Kendi eğitimi	-1.819	0.931	3.818	1	0.051	0.162	0.026 1.006
Eşin eğitimi	-0.626	0.780	0.643	1	0.423	0.535	0.116 2.467

*p<0.05, Bağımlı değişken; eş fiziksel şiddeti. ÇFŞM: Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı

¹Nagelkerke R²=0.269, Modelin eş fiziksel şiddeti kategorilerindeki dağılımı doğru tahmin gücü %78.2.

²Nagelkerke R²=0.256, Modelin eş fiziksel şiddeti kategorilerindeki dağılımı doğru tahmin gücü %70

ilişki saptanmazken, psikiyatrik tanı alan grupta ÇFŞM öyküsünün varlığı, EFŞ ile ilişkili olduğunu bulduğumuz diğer değişkenler (düşük eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, evde alkol tüketimi) kontrol edildiğinde bile EFŞ'yi öngörmüştür. Bu ilişki literatürde çocukluk çağı kötüye kullanım ile aile içi fiziksel şiddet arasında pozitif ilişki bulan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (29-31). Güncel bir meta-analizdeki bulgular, erkeklerde çocukluk çağı kötüye kullanımın tüm formları ve daha sonra yakın eş şiddeti arasındaki anlamlı ancak nispeten düşük seviyeli ilişkinin varlığını göstermiştir (31). Aile kaynaklı şiddete maruz kalma ile daha sonra devam eden yakın eş şiddeti uygulama arasındaki ilişki, erkekler için kadınlardan daha güçlü bulunmuştur (30). Başka bir meta-analizde çalışmalardan on altısında, çocuğun aile içi şiddete maruz kalmasının yetişkin yakın eş şiddeti uygulaması ile anlamlı ve pozitif ilişkili saptanırken; üç çalışmada önemsiz bulgular bildirilmiştir (32). Bu sebeple muhtemelen bireysel, ilişkisel ve toplumsal faktörlerin bir kombinasyonu, erkek şiddet mağdurlarında mağdur olma veya eş şiddetinin faili olma riskine katkıda bulunmaktadır (31). Çalışmamızın verileri hipotezimizle uyumlu olarak bize muhtemelen çoklu faktörlerin etkisiyle, erkeklerde çocukluk çağı fiziksel şiddete maruziyetin erişkin dönemde bir psikopatoloji gelişimiyle sonuçlanması durumunda EFŞ'yi anlamlı düzeyde artırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu bireylerde meydana gelen yapısal ve işlevsel beyin gelişiminde değişiklikler (33), beraberinde muhtemelen psikopatoloji gelişimine ve şiddete yatkınlığa sebep olmaktadır.

Araştırmamızda ÇFŞM'nin EFŞ ile olan anlamlı ilişkisine karşın ÇFŞT ile EFŞ arasında bir ilişki saptamadık. Ayrıca ÇFŞM ve ÇFŞT ile ÇFŞ arasında

anlamlı ilişki yoktu. Literatürde çocukluk çağı fiziksel şiddete maruz kalma kadar şiddete tanık olmanın da eş fiziksel şiddetini artırdığı (34,35), çocukluk çağı aile içi fiziksel şiddete maruz kalma ile kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama arasında ilişkinin olduğu (36,37) gösterilmiştir. Araştırmacılar kötüye kullanılan bir çocuk olmanın, istismarcı biri olma eğilimini artırdığını belirtirken, bu iki olay arasındaki yolun kaçınılmaz ve doğrudan olmadığı yönünde uyardıkları (38). Ertem ve ark. (39) literatür gözden geçirmesinde şiddetin kuşaklararası geçiş oranlarının çalışmalar arasında geniş ölçüde değiştiği sonucuna varmıştır (%1 ile %38). Widom ve ark. (40) çalışmalarında, çocukluk çağı istismar geçmişi olan bireylerin, çocuklarını fiziksel olarak kötüye kullanma riskinin artmadığı görülmüştür. Bazı tutarsızlıklar en azından kısmen örnekleme (klinik ve genel popülasyon) ve metodolojideki farklılıklar (örn., belgelenmiş şiddet öyküsü ya da geçmişe dönük kendi bildirimli) ve diğer çocukluk çağı şiddet deneyimlerinin kontrol edilmeyişi ile açıklanabileceği (31) belirtilmektedir.

ÇFŞM öyküsünün kontrol grubuyla kıyaslandığında psikiyatrik tanısı olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olması çalışmamızın önemli bir bulgusudur (%87.5'e karşı %72.5). Bu oran DSÖ'nün dünya çapında saptadığı orandan (%23) en az üç kat daha yüksektir (41). ÇFŞM öyküsünün varlığı psikiyatrik eşanı yükünü artırıyor gözükmektedir. Bu bulgumuz önceki çalışmaları destekler niteliktedir. Nüfus temelli orta yaşlı erkek ve kadın kohort çalışması, çocukluk çağı fiziksel istismar öyküsü olanlarda istismardan on yıllar sonra daha kötü ruhsal ve fiziksel sağlığı öngörmüştür (42). Diğer bir meta-analizin sonuçları çocuklara yönelik cinsel olmayan kötü muamele ile çeşitli ruhsal bozukluklar, uyuşturucu kullanımı, intihar girişimleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve riskli

cinsel davranış arasında nedensel bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (43).

Çalışmamızda her iki grupta yüksek oranlarda EFŞ tespit edilmiştir (%71.3'e karşı %60). Bu fiziksel şiddet daha çok erkekten kadına yönelik olmaktadır (hasta grubunda %61.4, kontrol grubunda %70.8). Literatür incelendiğinde fiziksel şiddet oranlarının, yalnızca araştırmanın yapıldığı yerdeki şiddet düzeyi ile değil, şiddetin tanımı, araştırmanın yöntemi, örnekleme tekniği, görüşmecinin eğitimi, ustalığı ve kültürel etkenlerle ilişkili olarak geniş bir dağılım gösterdiği görülmektedir (44). Ülkemizde saha araştırmaları sonuçlarıyla (%30.4-39.3) (45-49) kıyaslandığında sonuçlarımız neredeyse iki kat daha fazla fiziksel şiddet oranlarına işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün dünyada yüz yüze görüşme yöntemiyle yaptığı geniş çaplı araştırmada yaşam boyu EFŞ %13-61 arasında değişmektedir (50). Güney Afrika'da genel popülasyonda erkeklerin %27.5'i kadın partnerine karşı fiziksel şiddet kullandığını bildirmiştir (51). Çalışmamızın sonuçlarına göre fiziksel şiddet oranları, dünyada şiddet oranı yüksek olan bölgelerin üzerindedir. Bulgularımızın ülkemizde en yüksek şiddet oranları saptanan psikiyatrik kadın örnekleme yapılan çalışmalarla (%45-62) (9-12) büyük oranda paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz.

Hasta grubunda nispeten daha yüksek şiddet oranı, psikiyatrik eş tanının EFŞ'yi etkilemesi ile ilgili olabilir. Araştırmalar ruhsal sağlık sorunlarının, erkeklerin yakın eş şiddeti uygulama oranlarındaki artışla ilişkili olduğunu göstermiştir (52,53). Önceden var olan ruhsal sorunlar, güvenli olmayan ilişkiler ve ortamlar oluşturduğundan aile içi şiddete karşı kırılabilirliği etkileyebilir ve kadını erkek şiddetine karşı daha savunmasız hale getirebilir (6,54). Dolayısıyla ruhsal bozukluklar, şiddet için elverişli durumlar oluşturabilmekte ve yüksek şiddet seviyelerine sebep olabilmektedir.

Diğer taraftan rakamlardaki büyüklük klinik görüşme tekniğimizle ilgili olabilir. Anket yönteminde yanlış pozitif ya da negatif sonuçları kontrol etmek zorken klinik görüşme tekniği görüşmeci ile katılımcı arasında sağlıklı bir iletişimi geliştirme imkanı sunduğu için doğru bilgiye ulaşma şansı daha fazladır. Eş tarafından uygulanan fiziksel şiddeti belirlemede anket yöntemi ile klinik görüşme yönteminin karşılaştırıldığı bir çalışmada anket yönteminin şiddeti %11 oranında eksik olarak saptadığı bulunmuştur (26). Ayrıca toplumsal-kültürel özellikler şiddet oranlarını etkilemiş olabilir. İlişkilerde şiddeti kabullenilen geleneksel cinsiyet rolleri, erkeklerin şiddet uygulamalarında risk faktörü

olarak gösterilmektedir (55). Ülkemizin geleneksel erkek egemen yapısı ve çoğu zaman kadının şiddeti kabullenici tutumunun (56) bu oranlara yansımalarını düşünüyoruz.

Çalışmamızda EFŞ ile ilişkili risk faktörleri; eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, evde alkol tüketimi olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi düştükçe her iki grupta şiddet davranışında artış olmaktadır. Bir çok çalışmadakine benzer şekilde aile içi şiddet ile düşük eğitim düzeyi (15-17) ve evde alkol tüketimi (21,22) arasındaki ilişki, çalışmamızda gösterilen en tutarlı bulgular arasındadır. Ayrıca düşük çocuk sayısı şiddet riskini azaltan bir faktör (57) olarak bulunmuştur. Çocuk varlığı, muhtemelen var olan psikiyatrik morbiditeye ek bir yük getirdiğinde şiddeti artıran bir duruma sebep olabilmektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik tanı varlığı ile belirli ruhsal bozukluklar (depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları vb.) ile aile içi şiddet parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu bulgumuz çocukluk çağına fiziksel istismarla depresyon ve anksiyete bozukluklarının arttığını gösteren çalışmalarla (58,59) çelişirken, Vahip ve Avşargil'in (10) kadın örnekleme yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Çalışmalarda EFŞ ile ilişkili ruhsal hastalık yükü değerlendirilirken genellikle klinik tanıdan çok anksiyete, depresyon, travma ölçekleri gibi belirti şiddetini ölçen araçlar üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Çalışmamızda klinik tanı üzerinden değerlendirme yapıldığı için, eşik altı düzeyde belirtilerin etkisini değerlendirme şansı olamamıştır. Örneklem sayısındaki yetersizlik ile birlikte değerlendirildiğinde ek olarak belirti taraması yapan ölçeklerin kullanılmayışı çalışmanın önemli sınırlılıklarından biridir.

Araştırmamızın diğer bir sınırlılığı, veriler retrospektif araştırıldığı için ortam koşulları ve anımsama güçlüklerinin verilerin güvenilirliğini etkilemiş olabilmesidir. Çalışmamız, bilgi almayı kolaylaştıracak ve bilginin güvenilirliğini olabildiğince artıracak biçimde tasarlanmış ve yürütülmeye çalışılmıştır. Retrospektif desenli çalışmalara karşın ülkemizde bu konuyla ilgili ne kadın ne de erkek örnekleme yapılmış prospektif bir çalışmaya rastlanmamıştır. Prospektif olarak dizayn edilmiş çalışmalar bu konuda önemli oranda ihtiyaçlara cevap olabilecektir. Çalışmamızda hasta seçimi sırasında başvuran tüm erkek hastaların çalışmaya katılımı için dikkat etmeye çalıştık. Araştırmada klinik görüşme tek görüşmeci tarafından gerçekleştirilmiş olsa da hastayı genel poliklinikte ilk gören görüşmecinin tüm hastaları

yönlendirip yönlendirmediğini kontrol etmek güçtür ve ilk görüşmeciden kaynaklı biaslar olmuş olabilir. Ayrıca kontrol grubu oluşturulurken grubun homojenliğini kontrol etmedik. Bu grupta hasta yakını olarak kadın hastaya eşlik eden katılımcı, hastanın eşi olabildiği gibi kardeşi, diğer bir akrabası ya da komşusu olabilmektedir. Kontrol grubunda şiddet parametrelerindeki yükseklik bu durumla ilgili olabilir. Psikiyatrik popülasyonla ilişkisi olmayan bir örneklemin seçimi daha uygun olabilirdi. Son olarak psikiyatrik tanının yanında psikopatolojinin şiddetini değerlendiren psikometrik yöntemin kullanılmamasının yanında, şiddete ve kötü muameleye maruz kalmaya ilişkin değerlendirme yapılırken yapılandırılmış bir ölçek kullanılmaması önemli metodolojik kısıtlılıklardandır.

Sonuç olarak erkek örnekleme yapılan bu çalışma aile içi şiddetin hem psikiyatrik tanı alan hem de kontrol grubunda yaygın olduğu göstermektedir. Kesitsel olarak değerlendirildiğinde çalışma sonuçları ÇFŞM'nin psikiyatrik eştanı yükünü ve EFŞ'yi artırdığını göstermektedir. Çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalan erkeklerin EFŞ'yi çocukluk çağında aile şiddeti öyküsü olmayanlara göre daha fazla sürdürmesi muhtemeldir. Psikopatolojisi olmayan bireylerle kıyaslandığında bu ilişkinin varlığı ruhsal sorunların eş fiziksel şiddetinin faili olmasında aracı rolünü öne çıkarmaktadır. Yine de çelişkili bulguların varlığı diğer birçok ilişkili faktörü açıklayacak ileri çalışmaların varlığına ihtiyaç duyurmaktadır.

Katkı Kategorileri	Yazar Baş Harfleri	
Kategori 1	Konsept/Tasarım	V.K., B.Ö., O.K.
	Veri toplama	V.K.
	Veri analizi/Yorumlama	V.K., B.Ö., O.K.
Kategori 2	Taslak metin hazırlama	V.K.
	Makalenin kritik revizyonu	B.Ö., O.K.
Kategori 3	Nihai onay ve hesap verebilirlik	V.K., B.Ö., O.K.
Diğer	Teknik veya malzeme desteği	N/A
	Denetleme	N/A

Etik Komite Onayı: Bu çalışma, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde uzmanlık tez çalışması olarak sunulan "Aile İçi Fiziksel Şiddetin Psikiyatri Polikliniğine Ayaktan Başvuran Bir Erkek Örnekleminde Değerlendirilmesi" verilerinden elde edilmiştir. Çalışma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onay: Yazılı aydınlatılmış onam katılımcılardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dışarıdan hakemli.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Açıklama: Bu araştırma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- World Health Organization & Pan American Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>. Accessed
- Mitchell L. Domestic violence in Australia – an overview of the issues. [https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/1246402/upload_binary/1246402.pdf;fileType=application/pdf#search=%22background%20note%20\(parliamentary%20library,%20australia\)%22](https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/1246402/upload_binary/1246402.pdf;fileType=application/pdf#search=%22background%20note%20(parliamentary%20library,%20australia)%22). Accessed
- Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly* 2010; 140:w13099.
- Hamberger LK. Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples: toward a gender-sensitive analysis. *Violence Vict* 2005; 20:131-151.
- Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2000; 126:651-680.
- 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; 40:881-893.
- 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:e51740.
- Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013; 202:94-99.
- Akyüz G, Kuğu N, Doğan O, Özdemir L. Bir psikiyatri kliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni Sempozyum Derg* 2002; 40:41-8.
- Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalıklarımız. *Türk Psikiyatr Derg* 2006; 17:107-14.
- Korkmaz S, Korucu T, Yildiz S, Kaya S, Izci F, Atmaca M. Psikiyatri hastalarında aile içi şiddetin sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* 2016; 29:359-66.
- Kurt E, Yorguner Kupeli N, Sonmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı. *Noro Psikiyatr Ars* 2016; 55:22-8.
- Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. 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; 11:109.
- Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* 2012; 3:231-280.
- Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Smith Slep AM, Heyman RE. Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggress Violent Behav* 2001; 6:281-352.
- Barnawi FH. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women Attending a Primary Care Center in Riyadh, Saudi Arabia. *J Interpers Violence* 2017; 32:1171-1186.

17. Kargar Jahromi M, Jamali S, Rahmadian Koshkaki A, Javadpour S. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women by Their Husbands in Iran. *Glob J Health Sci* 2015; 8:175-183.
18. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:741-753.
19. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Developmental antecedents of interpartner violence in a New Zealand birth cohort. *J Fam Violence* 2008; 23:737-753.
20. Costa BM, Kaestle CE, Walker A, Curtis A, Day A, Toumbourou JW, et al. Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2015; 24:261-272.
21. McKinney CM, Caetano R, Rodriguez LA, Okoro N. Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence? *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34:655-658.
22. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, Stith SM. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychol Violence* 2018; 8:110-131.
23. Mancera BM, Dorgo S, Provencio-Vasquez E. Risk Factors for Hispanic Male Intimate Partner Violence Perpetration. *Am J Mens Health* 2017; 11:969-983.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
25. Özkürküçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, E. K. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Derg 1999; 12:233-6.
26. Doğanavşargil Ö, Vahip I. Fiziksel eş şiddetini belirlemede klinik görüşme yöntemi. *Klin Psikiyatr* 2007; 10:125-136.
27. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica Cordoba* 2004; 35:82-6.
28. Casique LC, Furegato AR. Violence against women: theoretical reflections. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14:950-956.
29. Yount KM, James-Hawkins L, Cheong YF, Naved RT. Men's Perpetration of Partner Violence in Bangladesh: Community Gender Norms and Violence in Childhood. *Psychol Men Masc* 2018; 19:117-130.
30. Smith-Marek EN, Cafferky B, Dharnidharka P, Mallory AB, Dominguez M, High J, et al. Effects of childhood experiences of family violence on adult partner violence: A meta-analytic review. *J Fam Theory Rev* 2015; 7:498-519.
31. Godbout N, Vaillancourt-Morel MP, Bigras N, Briere J, Hébert M, Runtz M, et al. Intimate Partner Violence in Male Survivors of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20:99-113.
32. Kimber M, Adham S, Gill S, McTavish J, MacMillan HL. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood-A systematic review. *Child Abuse Negl* 2018; 76:273-286.
33. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012; 6:52.
34. Black DS, Sussman S, Unger JB. A further look at the intergenerational transmission of violence: witnessing interparental violence in emerging adulthood. *J Interpers Violence* 2010; 25:1022-1042.
35. Forke CM, Myers RK, Fein JA, Catalozzi M, Localio AR, Wiebe DJ, et al. Witnessing intimate partner violence as a child: How boys and girls model their parents' behaviors in adolescence. *Child Abuse Negl* 2018; 84:241-252.
36. Hemenway D, Solnick S, Carter J. Child-rearing violence. *Child Abuse Negl* 1994; 18:1011-1020.
37. Heyman RE, Slep AMS. Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *J Marriage Fam* 2002; 64:864-870.
38. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57:186-192.
39. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 2000; 356:814-819.
40. Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science* 2015; 347:1480-1485.
41. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/. Accessed
42. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007; 31:517-530.
43. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9:e1001349.
44. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359:1232-1237.
45. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. *Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları*. Ankara, 1994
46. Altınay A, Arat Y. *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet*. 2.Baskı. İstanbul, 2008,
47. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara, 2009
48. Türkiye Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara, 2015,
49. Öyekçin D, Yetim D, Şahin E. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatr Derg* 2012; 23:75-81.
50. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate

- partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-1269.
51. Gupta J, Silverman JG, Hemenway D, Acevedo-Garcia D, Stein DJ, Williams DR. Physical violence against intimate partners and related exposures to violence among South African men. *CMAJ* 2008; 179:535-541.
52. Shorey RC, Febres J, Brasfield H, Stuart GL. The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *J Fam Violence* 2012; 27:741-748.
53. Askeland IR, Heir T. Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014; 4:e004485.
54. McHugo GJ, Kammerer N, Jackson EW, Markoff LS, Gatz M, Larson MJ, et al. Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: evaluation design and study population. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28:91-107.
55. Basile KC, Hall JE, Walters ML. Expanding resource theory and feminist-informed theory to explain intimate partner violence perpetration by court-ordered men. *Violence Against Women* 2013; 19:848-880.
56. Efe Ş, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2010; 11:23-9.
57. Saffari M, Arslan SA, Yekaninejad MS, Pakpour AH, Zaben FA, Koenig HG. Factors Associated With Domestic Violence Against Women in Iran: An Exploratory Multicenter Community-Based Study. *J Interpers Violence* 2017; 886260517713224.
58. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Dergis* 2011; 12:130-6.
59. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action* 2016; 9:29890.