
DÜŞÜNEN ADAM

The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences



Author's Accepted Manuscript

Evaluation of domestic physical violence in an outpatient male sample in a psychiatric outpatient clinic: A controlled study

Vahap Karabulut, Basak Ozelik, Oguz Karamustafalioglu

To appear in: *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*

DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00077

Cite this article as: Karabulut V, Ozelik B, Karamustafalioglu O. Evaluation of domestic physical violence in an outpatient male sample in a psychiatric outpatient clinic: A controlled study, *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00077

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted by the *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* editor for publication. As a service to our researchers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting galley proof before it is published in its final citable version. Please note that during the production process, typos or errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers pertaining to the manuscript.

Vahap Karabulut¹, Basak Ozcelik², Oguz Karamustafalıoglu³

¹Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Research, Treatment and Training Center for Alcohol and Substance Dependence (AMATEM), Istanbul - Turkey

²Private practice, İstanbul- Turkey

³Şişli Hamidiye Etfal Training and research Hospital, Clinic of Psychiatry, İstanbul- Turkey

Sorumlu Yazar:

Vahap Karabulut, Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Research, Treatment and Training Center for Alcohol and Substance Dependence (AMATEM), Istanbul - Turkey

E-mail: v-karabulut@hotmail.com

Tel:+90-212-409-15-15

Evaluation of domestic physical violence in an outpatient male sample in a psychiatric outpatient clinic: A controlled study**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study is to determine physical violence against spouse (SPV), physical abuse during childhood (exposure [EPVC], witnessing parental violence [WPVC]), the frequency of physical violence against their own child (CPV) and the relationship between them in a male sample. Also it is aimed to determine the contributing sociodemographic characteristics, to determine the burden of psychiatric morbidity and to discuss its relationship with SPV.

Method: In this study, the data of psychiatric outpatient group admitted to the psychiatry outpatient clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital consecutively (n = 80) and the control group (n = 40) who did not meet the psychiatric diagnostic criteria were compared. SCID-I (Structured Clinical Interview Form for DSM-IV Axis I) and Clinical Interview Form I-II for Domestic Violence were administered to both groups, respectively.

Results: Although there was no statistically significant difference between the groups, high rates of SPV were detected in both groups (71.3% vs. 60%, $p = 0.215$). In the group with psychiatric diagnosis, EPVC was significantly higher (87.5% vs. 72.5%, $p = 0.041$). On the other hand, there was no significant difference in the rates of WPVC (61.3% vs. 47.5%, $p = 0.152$) and CPV (76.1% versus 57.6%, $p = 0.057$). In multivariate logistic regression model, EFS was found to be a significant predictor of these independent variables (Exp (B): 5.071 95% CI: 1.092-23.549). There was no significant difference between the violent rates of patients with and without specific psychiatric diagnoses.

Conclusion: This study conducted with male sample shows that domestic violence is common in both psychiatric diagnoses and control groups. When cross-sectionally evaluated, the results of the study show that the EPVC increases the burden of psychiatric comorbidity and SPV.

Keywords: Domestic physical violence, male, violence, psychiatric diagnosis

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

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada erkek bir örnekleimde 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

Giriş

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 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 çağında 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 çağında fiziksel şiddet varlığının erkeklerin şiddet davranışına ve psikopatoloji gelişimine önemli bir yansımalarının olacağını düşünüyoruz. Sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında

psikopatolojisi olan erkeklerde çocukluk çağı travmalarının eş fiziksel şiddetine yansımaları farklı olabilir. Hipotezimize göre çocukluk çağında fiziksel şiddet varlığının ancak kişide bir psikopatoloji gelişimine sebep olduğu takdirde 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 çağı 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 sürüklenme, 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 dinlemediğinde 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 itibariyle kıyaslanabilir nitelikteydi.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Psikiyatrik tanımlar 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 (%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.

Tablo 2. Hasta grubunun psikiyatrik tanı dağılımları

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.

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

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; ÇŞFM, kendi eğitim düzeyi [eğitimsiz ve ilkökul - 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

Tartışma

Çalışmamızda önemli bulgularından biri ÇFŞM ile EFŞ arasındaki ilişki ile ilgilidir. Kontrol grubunda bir 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 çağında fiziksel şiddete maruziyetin erişkin dönemde bir psikopatoloji gelişimiyle sonuçlanması durumunda EFŞ'yi

anlamli düzeyde artirabilecegi seklinde yorumlanabilir. Bu bireylerde meydana gelen yapisal ve islevsel beyin gelisminde degisiklikler (33), beraberinde muhtemelen psikopatoloji gelismine ve siddete yatkynliga sebep olmaktadır.

Arastirmamizda CFSM'nin EFŞ ile olan anlamli iliskisine karşin CFŞT ile EFŞ arasında bir iliski saptamadik. Ayrica CFŞM ve CFŞT ile CFŞ arasında anlamli iliski yoktu. Literatürde çocukluk çağında siddete maruz kalma kadar siddete tanik olmanın da eş fiziksel siddetini artirdigi (34,35), çocukluk çağında aile içi fiziksel siddete maruz kalma ile kendi çocuğuna fiziksel siddet uygulama arasında iliskinin olduğu (36,37) gösterilmiştir. Araştırmacılar kötüye kullanılan bir çocuk olmanın, istismarcı biri olma eğilimini artirdigini belirtirken, bu iki olay arasındaki yolun kaçınılmaz ve doğrudan olmadigi yönünde uyarmaktadırlar (38). Ertem ve ark. (39) literatür gözden geçirmesinde siddetin kuşaklararası geçiş oranlarının çalışmaları arasında geniş ölçüde degiştigi sonucuna varmıştır (%1 ila %38). Widom ve ark. (40) çalışmalarında, çocukluk çaği istismar geçmişi olan bireylerin, çocuklarını fiziksel olarak kötüye kullanma riskinin artmadigi görülmüştür. Bazı tutarsızlıklar en azından kısmen örnekleme (klinik ve genel popülasyon) ve metodolojideki farklılıklar (örn., belgelenmiş siddet öyküsü ya da geçmişe dönük kendi bildirimli) ve diğer çocukluk çaği siddet deneyimlerinin kontrol edilmeyişi ile açıklanabilecegi (31) belirtilmektedir.

CFŞM öyküsünün kontrol grubuyla kıyaslandığında psikiyatrik tanısı olan grupta anlamli olarak daha yüksek olması çalışmamızın önemli bir bulgusudur (%87.5'e karşı %72.5). Bu oran DSÖ'nün dünya çapında saptadigi orandan (%23) en az üç kat daha yüksektir (41). CFŞM öyküsünün varlığı psikiyatrik eşanı yükünü artırıyor gözükmektedir. Bu bulgumuz önceki çalışmaları destekler niteliktedir. Nüfus temelli orta yaşli erkek ve kadın kohort çalışması, çocukluk çağındaki 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, uyusturucu kullanımı, intihar girişimleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve riskli cinsel davranış arasında nedensel bir iliski olduğunu ortaya koymuştur (43).

Çalışmamızda her iki grupta yüksek oranlarda EFŞ tespit edilmiştir (%71.3'e karşı %60). Bu fiziksel siddet daha çok erkekten kadına yönelik olmaktadır (hasta grubunda %61.4, kontrol grubunda %70.8). Literatür incelendiğinde fiziksel siddet oranlarının, yalnızca araştırmanın yapıldığı yerdeki siddet düzeyi ile değil, siddetin 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 yüksek fiziksel siddet oranlarına işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün dünyada yüz yüze görüşme yöntemiyle yaptığı geniş çaplı araştırmada yaşam boyu EFŞ %13-61 arasında degişmektedir (50). Güney Afrika'da genel popülasyonda erkeklerin %27.5'i kadın partnerine karşı fiziksel siddet kullandığını bildirmiştir (51). Çalışmamızın sonuçlarına göre fiziksel siddet oranları, dünyada siddet oranı yüksek olan bölgelerin üzerindedir. Bulgularımızın ülkemizde en yüksek siddet oranları saptanan psikiyatrik kadın örnekleme yapılan çalışmaları (%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 kırılganlığı 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 kabullenen 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 çağında 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 eşanı 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.

Kaynaklar

1. World Health Organization & Pan American Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. World Health Organization. Genova, 2012
2. Mitchell L. Domestic violence in Australia: An overview of the issues. Canberra, 2011
3. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss Med Wkly 2010; 140:w13099.
4. Hamberger LK. Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples: Toward a gender-sensitive analysis. Violence Vict 2005; 20:131–51.
5. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. Psychol Bull 2000; 126:651–80.
6. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. Psychol Med 2010; 40:881–93.
7. 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.
8. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. Br J Psychiatry 2013; 202:94–9.
9. 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.

10. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalıklarımız. *Türk Psikiyatr Derg* 2006; 17:107–14.
11. Korkmaz S, Korucu T, Yıldız 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.
12. 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.
13. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11:109.
14. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012; 3:231–80.
15. 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.
16. Barnawi FH. Prevalence and risk factors of domestic violence against women attending a primary care center in Riyadh, Saudi Arabia. *J Interpers Violence* 2017; 32:1171–86.
17. Kargar Jahromi M, Jamali S, Koshkaki AR, Javadpour S. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. *Glob J Health Sci* 2015; 8:175–83.
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; 71:741–53.
19. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Developmental antecedents of interpartner violence in a New Zealand birth cohort. *J Fam Violence* 2008; 23:737–53.
20. Costa BM, Kaestle CE, Walker A, Curtis A, Day A, Toumbourou JW, Miller P. Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2015; 24:261–72.
21. McKinney CM, Caetano R, Rodriguez LA, Okoro N. Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence? *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34:655–8.
22. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, Stith SM. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychol Violence* 2018; 8:110–31.
23. Mancera BM, Dorgo S, Provencio-Vasquez E. Risk factors for hispanic male intimate partner violence perpetration. *Am J Mens Health* 2017; 11:969–83.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). American Psychiatric Press. Washington, DC, 1997
25. Özkürkçügil 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 Casique L, Furegato ARF. Violence against women: Theoretical reflections. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 14:950–6.
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 Masculinity* 2018;

- 19:117–30.
30. Smith-Marek EN, Cafferky B, Dharnidharka P, Mallory AB, Dominguez M, High J, Stith SM, Mendez M. 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, Sabourin S. 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; 76:273–86.
 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; 25:1022–42.
 35. Forke CM, Myers RK, Fein JA, Catalozzi M, Localio AR, Wiebe DJ, Grisso JA. Witnessing intimate partner violence as a child: How boys and girls model their parents' behaviors in adolescence. *Child Abuse Negl* 2018; 84:241–52.
 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; 64:864–70.
 38. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57:186–192.
 39. Ertem I, Leventhal J, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: How good is the evidence? *Lancet* 2000; 356:814–9.
 40. Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science (80-)* 2015; 347:1480–5.
 41. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014
 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; 31:517–30.
 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; 359:1232–7.
 45. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep 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. Öyekçi İ D, Yetim D, Şahin E. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal

- faktörler. *Turk Psikiyat Derg* 2012; 23:75–81.
50. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260–9.
51. Gupta J, Mph S, 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; 179:535–41.
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; 27:741–8.
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, Mazelis R, Hennigan K. 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; 19:848–80.
56. Efe Ş, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyat Derg* 2010; 11:23–9.
57. Saffari M, Arslan SA, Yekaninejad MS, Pakpour AH, Zaben F Al, Koenig HG. Factors associated with domestic violence against women in Iran: An exploratory multicenter community-based study. *J Interpers Violence* 2017;088626051771322.
58. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyat Dergis* 2011; 12:130–6.
59. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, Sardinha L, Feder GS. Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action* 2016; 9:29890.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Hasta grubu **Kontrol grubu**

	(n=80)		(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	%	χ^2	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

¹ Major depresif bozukluk:43, Distimik bozukluk:6

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

³ Panik bozukluk:12, Obsesif kompulsif bozukluk:4, Travma sonrası stres bozukluğu:2, Sosyal fobi:15, Özgül fobi:7, Yaygın anksiyete bozukluğu:7, BTA anksiyete bozukluğu:4

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

⁵ Alkol kullanım bozuklukları:5, Madde kullanım bozuklukları:2, Alkol-maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu:1 Alkol-maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu:1

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

¹ Nagelkerke $R^2 = 0.269$, Modelin eş fiziksel şiddeti kategorilerindeki dağılımı doğru tahmin gücü %78.2.

² Nagelkerke $R^2 = 0.256$, Modelin eş fiziksel şiddeti kategorilerindeki dağılımı doğru tahmin gücü %70.