



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**GEBELİĞİN SON TRİMESTERİNDEKİ KADINLARDA
RUHSAL HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL
FAKTÖRLER**

**Dr. Seda TÜRKİLİ
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ
MERSİN-2015**



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**GEBELİĞİN SON TRİMESTERİNDEKİ KADINLARDA
RUHSAL HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL
FAKTÖRLER**

Dr. Seda TÜRKİLİ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ

MERSİN-2015

TEŐEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimim boyunca bana her türlü desteği veren, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, ilgili ve anlayıőlı hocalarımdan başta tez danıőmanım Doç. Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ'ye ve diğer hocalarımdan Prof. Dr. Kemal YAZICI, Prof. Dr. őenel Acar, Prof. Dr. Aylin YAZICI, Doç. Dr. Gamze BİLGİLİ ve Yrd. Doç. Dr. Eda ÜÇKARDEŐ'e;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkılarda bulunan Nöroloji AD, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD ve Acil AD değerli öğretim üyelerine;

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıőmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Üzerimde büyük emekleri olan, destek, sevgi ve özverilerini hiç esirgemeyen sevgili aileme;

Her anımda yanımda olan, desteğini, ilgisini ve sevgisini her an hissettiğim sevgili eőim ve oğluma;

Yürekten teőekkür ederim...

Dr. Seda TÜRKİLİ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	
ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	8
Kadın Ruh Sağlığı	8
Gebelik Dönemi ve Kadın Ruh Sağlığı	9
Kadına Yönelik Şiddet	10
Kadınlara Yönelik Şiddetin Tanımı	10
Şiddet Türleri	13
1.Fiziksel Şiddet	13
2.Psikolojik Şiddet	14
3.Ekonomik Şiddet	14
4.Cinsel Şiddet	15
Şiddeti Etkileyen Faktörler	15
Şiddet Döngüsü	16
Gebelik Döneminde Şiddet ve Sonuçları	17
Gebelik ve Ruhsal Hastalıklar İlişkisi	19
1.Major Depresif Bozukluk	19
2.İki Uçlu Bozukluk	21
3.Anksiyete Bozuklukları	21
4.Şizofreni	24
5.Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları	25

GEREÇ VE YÖNTEMLER	27
Araştırmanın Türü	27
Araştırmanın Evreni	27
Veri Toplama Araçları	27
İstatistiksel Analiz	28
BULGULAR	29
Sosyodemografik Özellikler	29
Kadın-Erkek İlişkileri	37
Şiddet Türleri ve Görülme Oranları	37
Şiddet Türleri ile Ruhsal Hastalıkların İlişkisi	38
Şiddet ve İlişkili Faktörler	40
Evlilik Yaşı ile Şiddet İlişkisi	40
Fiziksel Şiddet	42
Fiziksel Şiddete Yönelik Sorular	45
Fiziksel Şiddetin Derecesi	46
Çocukların Aile İçi Şiddete Tanık Olması	46
Fiziksel Şiddet Ne Zaman Ortaya Çıkıyor	46
Fiziksel Şiddete Tepki	46
Şiddete Karşı Koyma Zorluğu Yaratan Durumlar	47
Şiddetten Kimlere Bahsettiniz, Kimlerden Yardım İstediniz	47
Alınan Tepkiler	47
Yardım İstemediysen Nedenleri	47
Verilen / Verceklerini Düşündüğü Destek Yeterli mi/	48
Yeterli Olur Muydu	
Şiddet Konusunda İhtiyaç Duyulan Destekler	48
Şiddet Döngüsü	48
Kadınların Şiddete Bakışı	49

Gebelik Döneminde Fiziksel Şiddet ve Kadınların Ruh Sağlığı	49
Psikolojik Şiddet	49
Eşin Gündelik Yaşam Üzerindeki Denetimi	50
Psikolojik şiddet, ilişkili faktörler	51
Gebelik Döneminde Psikolojik Şiddet ve Kadınların Ruh Sağlığı	54
Ekonomik Şiddet	54
Ekonomik şiddet, ilişkili faktörler	54
Cinsel Şiddet	56
Cinsel şiddet ile ilişkili faktörler	57
Ruhsal Hastalıklar ve İlişkili Faktörler	59
Ruhsal Hastalıkların Dağılımı	61
Major Depresif Bozukluk	61
Bipolar Bozukluk	62
Distimi	62
Psikotik Bozukluklar ve Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları	62
Panik Bozukluk	62
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	62
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	62
Sosyal Fobi – Özgül Fobi	63
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	64
Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	64
Somatoform Bozukluklar	65
Uyum Bozuklukları	65
Yeme Bozuklukları	65
TARTIŞMA	66
Fiziksel Şiddet	68
Kadınların Şiddete Bakışı	72

Psikolojik Şiddet	73
Ekonomik Şiddet	74
Cinsel Şiddet	75
SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKLAR	80
KISALTMALAR DİZİNİ	96
TABLOLARDİZİNİ	97
EKLER	99

ÖZET

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Yaygın olarak bilinenin aksine, gebelik ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olmayıp önceki ruhsal bozukluğun alevlenmesi ya da yeni bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkması açısından riskli bir dönemdir. Gebelik döneminde ruh sağlığını etkileyen sosyodemografik özelliklerin yanı sıra tüm dünyada sıklığı giderek artan ve son derece önemli bir sağlık sorunu haline gelen şiddetin de önemli rolü olduğunu bilmekteyiz.

Çalışmamızda amaç gebelik döneminde çeşitli şekillerde şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal hastalıkların yaygınlığını ve ilişkili sosyodemografik özellikleri saptamaktır.

Çalışmamızın örneklem grubunu Mersin Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran 297 gebe oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere sosyodemografik özellikleri, geçmiş ve şu anki gebelik öyküleri, gebelik süresince fiziksel, duygusal, ekonomik veya cinsel yönden şiddete maruz kalıp kalmadıkları ile ilgili bilgilerin sorgulandığı 107 soruluk anket yüz yüze görüşme yapılarak uygulandı. Ruhsal hastalıkları tespit etmek için DSM'ye göre yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan SCID-I kullanıldı. SCID-I görüşmesi sonucunda çalışmaya katılan 297 gebenin %36.3'ünde (n=108) ruhsal hastalık olduğu tespit edildi. Ruhsal hastalık tespit edilen grupta daha düşük eğitim ve gelir düzeyi, işsizlik, eşinde alkol, madde veya kumar bağımlılığı, adli suç geçmişinin olması ve birlikte yaşadığı kişi tarafından psikolojik, ekonomik, fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmak ile ruhsal hastalık gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç olarak gebelik dönemi gerek kadına yönelik şiddet gerekse ruhsal hastalık gelişimi açısından koruyucu bir dönem olmayıp biz sağlık çalışanlarının bu konuya gerekli önem ve hassasiyeti göstermemiz kadın ruh sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: gebelik, kadına yönelik şiddet, aile içi şiddet, ruh sağlığı, depresyon

ABSTRACT

Pregnancy, besides being a natural life event for women of significant biological and psychosocial changes, is a period of high risk for so many factors that can create anxiety and stress. Contrary to conventional wisdom, the pregnancy is not protective against psychiatric disorders and is a high risk for the exacerbation of prior mental disorders or emergence of a new psychiatric disorder. As we know, violence, has increasing incidence all over the world and become a crucial health problem, has an important role on affecting mental health as well as the sociodemographic factors during the pregnancy.

Our aim in this study is determining the prevalence of mental illness in women who are subjected to violence in various forms during the pregnancy and associated sociodemographic characteristics.

The sample of our study is created by 297 pregnant women admitted to Mersin University Obstetrics and Gynecology Department. The questionnaire, has 107 items that questions sociodemographic characteristics, past and current pregnancy history, history of physical, emotional, economic or sexual violence during the pregnancy, is performed by face to face interviews. To detect mental disorders, structured clinical interview scale SCID-I that based on DSM was used. As a result of the SCID-I interview, 36.3% (n = 108) of 297 pregnant women participating in the study were found to have one mental illness at least. In the group identified mental illness, it was identified as statistically significant relationships between the development of mental illness and lower education and income levels, unemployment, having a greater number of people living in the household, husband has alcoholism, drug addiction or gambling, husband has psychiatric disorder or forensic criminal history and exposure to physical, emotional, economic or sexual by the person live together.

As a result, nonetheless the pregnancy period is not a protective period against development of psychiatric disorders and also violence against women, it is too important for health care workers to be sensitive and pay special attention for women's mental health.

Key words: pregnancy, violence against women, intimate partner violence, mental health

GİRİŞ VE AMAÇ

Perinatal mental bozukluklar, Hipokrat döneminden beri tanınmaktadır ve yüzyıllar boyunca üzerine yorumlar yapılmıştır. 19.yy'da perinatal mental hastalıklara olan ilgi artmış; 20.yy'da da prevalans, risk faktörleri, anne, fetüs ve bebeğe sonuçları ile ilgili araştırmalar dramatik bir şekilde artmıştır¹. Çocuk doğurmak ve anne olmak bir kadının önemli özelliklerinden biri olmakla birlikte gebelik sürecinde yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler kadınların beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engelleyebilmektedir². Gebelikte ruhsal sorunların %5 ile %51 oranında görüldüğü belirtilmektedir³. Gebelik döneminde ruh sağlığını etkileyen sosyodemografik özelliklerin yanı sıra tüm dünyada sıklığı giderek artan ve son derece önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen şiddetin de önemli rolü olduğunu bilmekteyiz. Gebelik döneminde kadına yönelik şiddetin yetersiz antenatal bakım, düşük doğum ağırlığı, plasentanın erken ayrılması, düşük, erken doğum, erken membran rüptürü ve fetal yaralanma gibi sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir^{4, 5, 6, 7}. Ülkemizde ve tüm dünyada sıklığı her geçen gün artan kadına yönelik şiddet ve ruhsal sonuçları ile ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Literatüre baktığımızda çalışmaların büyük kısmı genel kadın popülasyonu ile yapılmış olup gebelik döneminde şiddet deneyimleri ve ruhsal sonuçlarını araştıran az sayıda çalışma olduğu, bunların da büyük kısmının sadece depresyon ve anksiyete ölçekleri kullanılarak belli bazı tanıları araştırmayı hedeflediğini görmekteyiz. Literatürde gebelik sonrası döneme ait postpartum depresyon, postpartum psikoz gibi bir çok ruhsal hastalıkla ilgili araştırma varken gebelik döneminde ruhsal hastalıkların sıklığı ve ilişkili faktörleri inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır⁸. Gebelik döneminde maruz kalınan şiddetle, ruhsal hastalıkların ilişkisini araştıran çok az sayıda yapılandırılmış çalışma yayınlanmıştır. Ülkemizde ise bu alanda yapılan geniş örneklem gruplu bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, gebelik döneminde kadınlarda görülen ruhsal hastalıkların sıklığını ve dağılımını

belirlemek ve başta gebelik d6neminde kadına y6nelik şiddet olmak 6zere ruhsal hastalıklarla ilişkili fakt6rlerin ortaya konmasını sağlamaktır.

GENEL BİLGİLER

Kadın Ruh Sağlığı

Sağlık; bedensel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır⁹. Kadın sağlığı kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlığı, sağlık hizmetlerinin durumu gibi pek çok faktör yanında aile ve toplumda kadının statüsü ve toplumsal cinsiyet rollerinden köken alan psikososyal stresörlerden de etkilenmektedir¹⁰.

Dünyada kadınlar toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşantılar ve zorlayıcı nedenlerle stresle ve ruhsal travmalarla daha fazla karşılaşmakta ve ruhsal sorunlar kadınlarda daha yaygın görülmektedir¹¹.

Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının nedenleri yoksulluktan ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklandığı düşünülmektedir¹².

Kadınlar yaşamları boyu psikososyal ve biyolojik yönden riskli ve olumsuz olan bir çok dönemin etkisi altındadırlar¹³. Kadınların daha fazla oranda hastalık, sakatlık, stres yaşamalarının nedeni çok yönlüdür. Sağlığın bozulması yaşlanma sürecinin bir parçasıdır ve kadınların yaşam süresinin daha uzun olması hastalanma oranlarını arttırmaktadır. Kadınların biyolojik özellikleri üreme işlevleri ile ilişkili sorunları daha fazla yaşamalarına neden olmaktadır. Ek olarak kadınların doğurganlığı nedeniyle toplumun tanımlamış olduğu "toplumsal cinsiyet" rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklar özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır^{13, 14, 15}.

Kadının toplum içindeki statüsünü belirleyen eğitim, ekonomik koşullar, toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve sosyokültürel gelenekler gibi toplumsal cinsiyetini belirleyen unsurlar da kadının genel sağlık durumu ile yakından ilişkilidir¹⁶. Kadın ruh sağlığını etkileyen en temel iki sosyal faktör şiddete maruz kalma ve yoksulluktur. Yoksulluk, eşitsizlik ve sosyal adaletsizlik dünyada kadınları erkeklerden daha çok etkilemektedir¹⁷.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "tüm kadın ve erkekler ayrımcılığa uğramadan yaşama, sağlık, eğitim ve çalışma haklarından eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir" denilmektedir^{17,18}.

Gebelik Dönemi ve Kadın Ruh Sağlığı

Gebelik, kadın üreme döngüsü ile başlayan, kadın beden ve ruh sağlığını etkileyen, fizyolojik, hormonal, duygusal ve bedensel bir çok değişikliğin yaşandığı, normal şartlarda 38-42 hafta boyunca devam eden bir süreçtir.

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik değişimlerle giden, psikososyal yönden önemli kaygıların yaşanabildiği bir dönemdir¹⁹. Aktif üreme dönemindeki kadınların ruhsal rahatsızlıklar gelişmesi yönünden riskli grupta yer aldığı gösterilmiştir. Yaygın olarak bilinenin aksine, gebelik ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olmayıp önceki ruhsal bozukluğun alevlenmesi ya da yeni bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkması açısından riskli bir dönemdir²⁰.

Gebelikte yaşanan hormonal ve fizyolojik değişimler ile buna eşlik eden duygusal çalkantılar ve diğer taraftan değişen rollerle ilgili beklentiler, bir ruhsal bozukluk eşlik etmese bile, sağlıkçıların ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin gebe bir kadına özel bir yaklaşım sergilemelerini gerektirir. Gebelik ile eş zamanlı bir ruhsal bozukluk varlığında ise hem anne hem bebeğin sağlığı söz konusu olduğundan özenli ve özelleşmiş bir yaklaşım sergilenmelidir²⁰.

Beden sağlığı ve ruh sağlığı ayrılmaz bir ikilidir. Birindeki bozulma diğerini de etkileyecektir. Kadınların üreme sağlıkları, ruhsal sağlık durumlarıyla yakından ilişkilidir. Gebelik döneminde depresyon başta olmak üzere ruhsal hastalıkların görülme sıklığı artar. Özellikle hazır olmadan, istemeden, kendi iradesi dışında gebe kalmak kadınların ruhsal sağlıklarını derinden etkilemektedir²¹. Kadınların üreme sağlığı, ruh sağlığının temel belirleyicilerinden biridir¹⁷.

Perinatal mental bozukluklar, Hipokrat döneminden beri tanınmaktadır ve yüzyıllar boyunca üzerine yorumlar yapılmıştır. 19.yy'da perinatal ruhsal hastalıklara olan ilgi artmış; 20.yy'da da prevalans, risk faktörleri, anne, fetüs ve bebeğe sonuçları ile ilgili araştırmalar dramatik bir şekilde artmıştır²².

Sayırsız devlet kurumları ve meslek grupları, perinatal ruhsal bozuklukların tespit ve yönetimi için kılavuzlar yayınlamıştır. Perinatal ruhsal hastalıklara artan klinik, profesyonel ilgi ve yönlendirilen finansal kaynaklar, bu bozuklukların kadınlar, çocukları ve aileleri üzerindeki önemli etkisini göstermektedir^{23, 24}.

Gebelik döneminde ruh sağlığını etkileyen sosyodemografik özelliklerin yanı sıra tüm dünyada sıklığı giderek artan ve son derece önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen şiddetin de önemli rolü olduğunu bilmekteyiz. Gebelik döneminde, kadınların şiddete maruz kalmaları artmaktadır²⁵. Gebelik döneminde kadına yönelik şiddetin sonucunda yetersiz antenatal bakım, düşük doğum ağırlığı, plasentanın erken ayrılması, düşük, erken doğum, erken membran rüptürü ve fetal yaralanma gibi annenin ve bebeğin yaşamını olumsuz etkileyen tıbbi sonuçların ortaya çıktığı bildirilmektedir^{26, 27, 28, 29}. Tüm bunların yanında kadın ruh sağlığını da önemli ölçüde etkilemekte ve tedavi edilmediği takdirde gerek anne, gerek yenidoğan ve gerekse aile için sorun teşkil etmektedir.

Kadına Yönelik Şiddet

Kadınlara Yönelik Şiddetin Tanımı

Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi kadınlara yönelik şiddeti; "ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" şeklinde tanımlanmaktadır³⁰. Bu tanımın son yorumlamalarına "kurbanı ekonomik ihtiyaçlardan yoksun bırakmak" da dahil edilmiştir.

Kadınlara Yönelik Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'ne göre, kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, "bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da orantısız bir şekilde kadınları etkileyen" şiddettir.

Bildirgenin önsözünde kadınlara yönelik şiddeti, "erkekler ve kadınlar arasındaki eşitlikçi olmayan güç ilişkilerinin tarihsel bir göstergesi" ve "erkeklerle karşılaştırıldığında kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın çok önemli toplumsal mekanizmalarından biri" olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü eşlerin uyguladığı şiddeti, yakın bir ilişkide fiziksel, psikolojik ya da cinsel hasara yol açan her tür davranış olarak tanımlamıştır. Bunların içinde;

Tokat atma, vurma, tekmeleme ve dövme gibi fiziksel saldırı fiilleri

Sindirme, sürekli küçük düşürme ve aşağılama gibi psikolojik taciz

Cinsel ilişkiye zorlama ve öteki cinsel zor kullanma biçimleri

Bir kimseyi ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaştırma, hareketlerini gözleme ve bilgi ya da yardıma ulaşmasını kısıtlama gibi çeşitli kontrol edici davranışlar yer almaktadır³¹.

Avrupa Konseyi'nin kadına yönelik şiddet konusunda hazırladığı en son sözleşme, İstanbul Sözleşmesi olarak anılan ve 2011 yılında İstanbul'da imzalanan "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi"dir³². Kadınlara yönelik şiddeti ve aile içi şiddeti önlemek amacıyla hazırlanan İstanbul Sözleşmesi'nde, kadına yönelik şiddet bir insan hakkı ihlali ve kadına yönelik bir ayrımcılık biçimi olarak ele alınmıştır. Sözleşme, aile içi şiddeti "aile içerisinde veya hanede veya mağdur failer aynı evi paylaşırsa da paylaşmasa da eski veya şimdiki eşler veya partnerler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet eylemi" biçiminde tanımlayarak şiddetin kapsamını genişletmiştir. Ülkemizde Sözleşmeye dayanılarak hazırlanan ve 8 Mart 2012 tarihinde yürürlüğe giren 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'da5 da Sözleşme'de yer alan şiddet tanımı benimsenmiştir.

Uluslararası araştırmalar, şiddetin failerinin kadınların eşleri/birlikte oldukları kişiler ya da aile bireyleri olduğunu ortaya koymuş ve kadına yönelik şiddetin yaygınlığına dair kanıtlar sunmuştur³³.

Çok sayıda ülkede yapılan 35 çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların mevcut ya da eski eşleri/birlikte oldukları kişiler tarafından maruz bırakıldıkları fiziksel şiddet yüzde 10 ile yüzde 52 arasında değişmektedir³⁴.

DSÖ'nün 15 araştırma bölgesinde yürüttüğü araştırma sonuçları, kadınların eşleri/birlikte oldukları kişiler tarafından yaşamları boyunca maruz bırakıldıkları

fiziksel şiddet yaygınlığının yüzde 13 ile yüzde 61, fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaygınlığının ise yüzde 15 ile yüzde 71 arasında değiştiğini göstermektedir³⁵.

Avrupa Birliği üyesi 28 ülkede 2013 yılında "Violence against women: an EU-wide survey" adıyla gerçekleştirilen kadına yönelik şiddet araştırmasının sonuçları, Avrupa Birliğine üye ülkeler arasında eşleri ya da birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz bırakıldıklarını belirten kadınların yüzdesinin 13 ile 32 arasında değiştiğini ve Avrupa Birliği ortalamasının yüzde 22 olduğunu göstermiştir.

Avrupa Birliği üyesi ülkelerde yaşayan her üç kadından biri ise, onbeş yaşından sonra en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmıştır³⁵.

Şiddet Türleri

1. Fiziksel Şiddet: Kadınları kontrol etmek amacıyla kullanılan fiziksel saldırı ve tehdit, tartaklama, tokat atma, dövme, tekmeleme, yumruklama, ateşli silah ya da kesici/delici bir aletle yaralama, ölüme yol açma olarak tanımlanır. DSÖ'nün çalışmasında fiziksel şiddet yaygınlığı için %13-61 arasında değişen oranlar bildirilmiştir^{36,37}. Türkiye'de kadına yönelik şiddetin yaygınlığını araştıran ilk kapsamlı niceliksel araştırma, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu tarafından 1993-1994 yıllarında yürütülen "Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları" araştırmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları KYAİŞ yaygınlığının % 35 olduğunu göstermiştir. Bu dönemde erkek egemen sistem, kadına yönelik şiddeti öyle meşrulaştırmıştır ki çalışmanın en çarpıcı sonuçlarından birisi, pek çok kadının erkeklerin haklı nedenlerle kadınlara şiddet uygulama hakkı olduğunu düşünmesidir³⁸. Ulusal çapta ikinci araştırma, bundan 14 yıl sonra, 2007 yılında Altınay ve Arat tarafından yapılmıştır. Türkiye'nin farklı bölgelerinden 1800 kadınla görüşülerek yapılan bu çalışmada, her üç kadından birinin eşinden şiddet gördüğü saptanmıştır. Çalışmanın bir diğer önemli verisi, boşanmış ve boşanmakta olan kadınların %78'inin eşi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılmasıdır. İki çalışma arasında kadına yönelik şiddet oranlarında belirgin bir azalma olmaması üzücüdür. Ancak 10 kadından dokuzunun dayacağı haklı görmemesi, ilk ulusal çaptaki alan çalışmasından sonra geçen yıllar içinde kadınların aile içi şiddete bakışında değişiklik olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar bu değişikliği, 1990'lı yıllardan itibaren Türkiye kamuoyunda

kadına yönelik şiddetin ele alınışında kayda değer değişiklikler olmasıyla ilişkilendirmiştir³⁹.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet - 2015 araştırmasında Türkiye genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı yüzde 36'dır. Bir başka deyişle, her 10 evlenmiş kadından neredeyse 4'ü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. Son dönemde yaşanan şiddet değerlendirildiğinde, araştırmadan önceki son 12 ay içinde, evlenmiş kadınların yüzde 8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür⁴⁰.

2.Psikolojik Şiddet: Duygular ve duygusal gereksinimlerin baskı uygulayabilmek amacıyla tutarlı biçimde istismar edilmesi, bir yaptırım ya da tehdit aracı olarak kullanılması, görünüşü, yaptıkları, bedeni ile sürekli alay edilmesi ve aşağılanması sevgi, ilgi, onay gibi ruhsal gereksinimlerin gözardı edilmesi, küçümsenmesi, değer verilen inançların aşağılanması ya da bunlara aykırı davranmaya zorlanması, aşağılama-alay-hakaret-başkalarının yanında küçük düşürme, evden çıkmaya, aile ve arkadaşlarla görüşmeye izin vermeme, destek alabileceği kurum ve kişilerden uzak tutma, telefonla taciz etme, işyerinde taciz, sokakta takip etme olarak tanımlanır⁴¹. DSÖ'nün yaptığı çalışmada %20-75 arasında değişen yaygınlık bildirilirken, Türkiye'de KSGM'nin yaptığı çalışmada ruhsal şiddet yaygınlığı %44 bulunmuştur^{42,43}.

Altınay ve Arat'ın çalışmasında, her 10 kadından yalnızca üçünün eşinden izin almadan ailesini ziyaret edebildiği, alışverişe/çarşıya gidebildiği bildirilmiştir⁴⁴.

3.Ekonomik Şiddet: Kadının ailenin gelirinden daha az yararlanması, kadının sağlık hizmetlerine ve eğitime aynı hanedeki erkeklerden daha az ulaşması, aynı hane içinde kadının daha kötü beslenmesi, kadının çalışmasına engel olunması ya da istemediği işlerde zorla çalışmaya zorlanması, parasının, banka kartının ya da kredi kartının elinden alınması, ailenin taşınır ve taşınmaz mallarının erkekler üzerine yapılması, mal sahibi olmasının veya para biriktirmesinin engellenmesi, ailenin parasının nasıl harcanacağı konusunda söz sahibi olmaması gibi çok farklı şekillerde ortaya çıkan ve oldukça yaygın

olan bir şiddet türüdür⁴⁵. Türkiye’de yapılan çalışmalarda yaygınlığı %36-40 olarak bildirilmiştir⁴⁴.

4.Cinsel Şiddet: Kadını güç kullanarak cinsel ilişkiye, cinsel ilişki sırasında istemediği cinsel davranışları yapmaya zorlama, cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanma, kadına cinsel bir nesne gibi davranma, fuhuşa zorlama, tecavüz gibi farklı biçimlerde yaşanabilir⁴⁴. DSÖ’nün çalışmasında cinsel şiddet yaygınlığı için %6-59 arasında değişen oranlar bildirilirken, Türkiye’de yapılan çalışmalarda cinsel şiddet yaygınlığının %9-15 olduğu belirlenmiştir. Ancak utanma nedeniyle saklama, ensestini aile sırrı olarak görülmesi, özellikle geleneksel toplumlarda kadının kendisini eşinin her talebini kabul etmeye zorunlu hissetmesi ve eşinin cinsel şiddet olarak kabul edilebilecek davranışlarını sorun olarak dillendirmemesi gibi nedenlerden dolayı bu oranların gerçeği ne ölçüde yansıttığı kuşkuludur⁴⁴.

Ancak bir araştırma sonucuna göre, ülkemizde her üç kadından biri; *“Kadın istemese bile eşiyile cinsel ilişkiye girmek görevidir.”* görüşündedir. Aynı araştırmaya göre ülke genelinde evlenmiş kadınların %15’i, cinsel şiddet içeren davranışlardan en az birini yaşamıştır⁴⁵.

Şiddeti Etkileyen Faktörler

Erkeklerin ve kadınların eğitim düzeyinin artması fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalma yüzdelerini azaltmaktadır. Erkeklerin eğitimi incelendiğinde, eğitimin artması ile hem fiziksel hem de cinsel şiddet uygulayan erkeklerin oranının azaldığı açıkça görülmektedir. Bu durum, kadınların eğitimi ve şiddet arasında gözlemlenmiş olan örüntü ile de uyumludur⁴⁶.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel ve cinsel şiddetten en az birine, yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalma durumu beklenildiği gibi artmaktadır.

Yapılan bir çalışmada, kadınların ifadelerine göre aile içi şiddeti artıran olayların başında sırasıyla; ekonomik yetersizlikler (%55.5), anlaşmazlık (%50.3) ve alkol kullanımı (%12.3) yer almaktadır⁴⁵.

Erkeklerin alkol ve uyuşturucu kullanmaları, kumar oynamaları, başka erkekler ile kavga etmeleri ve başka kadınlar ile birlikte olmaları gibi kötü

alışkanlık olarak tanımlanan davranışları genellikle şiddetle ilişkilendirilmekte ve kadına yönelik şiddetin nedenleri arasında sık sık gündeme getirilmektedir⁴⁰.

Şiddete uğrayan kadınlar için güvenilir, ciddi destek sistemlerinin olmaması ve aile içi şiddete yönelik yasal düzenlemelerde yetersizliklerin olması şiddetin artmasına katkıda bulunmaktadır⁴⁷.

Şiddet Döngüsü

Şiddet yaşamak ve yaşatmak ile çocukken şiddete maruz kalmak veya tanık olmak arasında azımsanmayacak bir ilişki görülmektedir. Çocukken veya gençken babalarının fiziksel şiddetin maruz kalanların, eşlerinden fiziksel şiddet görme oranı % 48 iken, çocukluk döneminde evde fiziksel şiddete maruz kalmayan kadınlarda bu oran % 28'e düşmektedir.. Annenin fiziksel şiddet uyguladığı çocuklarda bu oranlar sırasıyla % 41 ve % 29'dur⁴⁸.

Benzer bir oran eşler için de geçerlidir. Eşlerine çocukken anne-babası tarafından fiziksel şiddet uygulandığını söyleyen kadınların % 47'si eşlerinden fiziksel şiddete maruz kalırken, eşleri çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz bırakılmamış olduğunu söyleyenlerin % 24'ü aile içi fiziksel şiddete maruz bırakılmaktadırlar.

Kendi annesinin babası tarafından fiziksel şiddete maruz bırakıldığını söyleyen kadınların % 52'si eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılmaktadır (annesinin fiziksel şiddete maruz kalmadığını söyleyenlerin % 24'ü), kayınvalidesinin kayınpederinden fiziksel şiddet gördüğünü ifade edenlerin ise % 48'i eşlerinden fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.(kayınvalidesi fiziksel şiddete maruz kalmıyorsa % 25'i). Bu oranları bir arada değerlendirirsek:

Bir kadının eşinden fiziksel şiddete maruz kalma riskini en fazla artıran etkenin kendi annesinin babasından fiziksel şiddete maruz bırakılması olduğunu söyleyebiliriz. Bu kadınlar, diğerlerine oranla iki misli daha fazla risk altındadırlar⁴⁸.

Kısacası, çocukken tanık olunan şiddet, erkeklerin şiddet uygulama olasılığını, kadınların da şiddete maruz kalma olasılığını iki kat artırıyor görünmektedir⁴⁸.

Uluslararası literatürde "şiddet döngüsü" olarak da adlandırılan bu bulgu başka ülkelerde yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir⁴⁹.

Şiddetin bir başka önemli sonucu da kuşaklararası aktarımıdır. Kadınların ve erkeklerin çocukluk döneminde annelerinin fiziksel şiddete maruz kalmaları, kadınların eşlerinden maruz kaldıkları fiziksel şiddeti, erkeklerin ise fiziksel şiddet uygulamasını artıran önemli bir faktördür. Şiddetin çocuklara yönelmesinde de, kadınların ve erkeklerin hem annelerinin hem de kendilerinin fiziksel şiddet mağduriyeti önemli düzeyde etkili olmaktadır. En az şiddete maruz kalan çocuklar, ailesinde şiddet olmayan ve kendisi de şiddete maruz kalmamış anne ve babalar ile büyüyen çocuklardır⁴⁰.

Türkiye’de kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada, şiddet gören kadınların tamamına yakınının çocukken de şiddet gördüğü ve sonradan kendi çocuklarını dövdüğü saptanmıştır⁵⁰.

Gebelik Döneminde Şiddet ve Sonuçları

Kadına yönelik şiddet, özellikle de gebelik döneminde maruz kalınan şiddet tüm dünyada giderek önemli bir sorun olarak kabul ediliyor⁵¹. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar gebelik döneminde kadına yönelik şiddetin %4-40 arasında değiştiğini göstermektedir^{52, 53}

Gebelik döneminde fiziksel şiddet maruz kalmak; düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yetersiz antenatal bakım, erken plasental ayrılma, erken membran rüptürü ve fetal yaralanma gibi bir çok olumsuz sonuç ile ilişkili olduğu gösterilmiş^{54,55}.

Bir diğer çalışmada, gebeye uygulanan fiziksel şiddet, preterm eylem belirleyicisi olarak kabul edilen çeşitli sosyodemografik özellikler, davranışsal özelliklerden bağımsız olarak preterm eylem riskini arttırmaktadır⁵⁶. Fiziksel şiddetbin bir başka çalışmada da antepartum kanama, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal ölümler için risk artışına yol açtığı gösterilmiştir⁵⁷.

Kadına yönelik aile içi şiddet gebelik sırasında yaygındır ve gebelik sırasında veya doğumdan sonra kadının ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir^{58, 59,60}.

Gebelikte uygulanan şiddet hem anne, hem de bebeğin sağlığını tehlikeye düşürmektedir. Yapılan çalışmalarda sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, doğum sayısı ve doğum öncesi bakım hizmetini alma gibi bilinen bazı karıştırıcı etmenler kontrol edildiğinde bile, gebelikte şiddetin düşük doğum ağırlığı ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür^{54,55,61,62,63}.

Gebelikte şiddet tüm sosyal sınıflardaki kadınlarda görülmekle birlikte risk grubunu özellikle genç, bekar ya da boşanmış, eğitimsiz, alkol ve uyuşturucu kullanan, sosyoekonomik düzeyi düşük, sosyal desteği zayıf, yetersiz doğum öncesi bakım alanlar oluşturmaktadır^{64, 65, 66, 67, 68}.

Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %24.8 bulunmuş, gebelik öncesi fiziksel şiddete uğrayanların %30.3'ünün gebeliğinde de fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır⁶⁸.

Ayrancı ve arkadaşları, Eskişehir'de yaptıkları çalışmada gebelerde şiddet sıklığı %71.4 olarak saptanmış ve bu kadınların %99.1'i sözel, %36.4'ü fiziksel, %5.4'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır⁶⁹. Bacchus ve ark. gebelik öncesi eşleri tarafından şiddete maruz kalanların gebeliklerinde 10 kat daha fazla şiddetle karşılaştıklarını belirtmiştir^{57,70}. Bu araştırmalar evlilikte görülen şiddetin gebelikte de devam sürdüğünü, fiziksel şiddet açısından gebeliğin engelleyici olmadığını göstermektedir.

Tüm bu obstetrik ve fetal komplikasyonların yanı sıra gebelik döneminde kadına uygulanan şiddet birçok ruhsal probleme de yol açmaktadır^{59, 71, 72, 73}. Gebelik döneminde kadına uygulanan aile içi şiddetin, depresyon gelişimi için önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir⁷⁴.

Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur^{75,76}. Bir meta-analiz çalışmasında doğum sonrası depresyonun en güçlü öngörücüsünün gebelik depresyonu olduğu bildirilmiştir⁷⁷.

Yine gebelik sırasında yaşanan anksiyetenin de, postpartum depresyonun habercisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir⁷⁸. Kadınların yaşadığı fiziksel veya cinsel şiddet deneyimleri de TSSB gelişimi açısından önemli etkenlerdir. Bu nedenle TSSB benzeri belirtiler ile başvuran kadınlarda şiddet maruziyetinin sorgulanmasının büyük önemi vardır.

Doğurganlık döneminde kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularının en önde gelen nedeni olan gebelik, gerek kadına yönelik şiddet gerekse kadın ruh sağlığı hakkında değerlendirilmelerin yapılması konusunda bir çok kadın için önemli bir fırsattır.

Kadına yönelik şiddet ve bunun kadın ruh sağlığı üzerine etkilerinin etkin biçimde önlenmesi için öncelikle toplumsal cinsiyet normları ve eşitsizlikleri üzerine ışık tutmak hayati önem taşımaktadır⁷⁹.

Gebelik ve Ruhsal Hastalıklar İlişkisi

Gebelikte yaşanan hormonal ve fizyolojik değişimler ile buna eşlik eden duygusal çalkantılar ve diğer taraftan değişen rollerle ilgili beklentiler, bir ruhsal bozukluk eşlik etmese bile, sağlıkçıların ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin gebe bir kadına özel bir yaklaşım sergilemelerini gerektirir⁸⁰. Aktif üreme dönemi, kadınlarda psikiyatrik bozukluk gelişmesi yönünden risklidir. En sık görülen ruhsal hastalıklar depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. İki uçlu bozukluk ve şizofreninin ilk belirtileri de çoğunlukla bu dönemde aşikar hale gelir. Yaygın olarak bilinenin aksine, gebelik ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olmayıp önceki ruhsal bozukluğun alevlenmesi ya da yeni bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkması açısından riskli bir dönemdir⁸⁰.

1. Major Depresif Bozukluk

Major Depresif Bozukluk (MDB) kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmele beraber doğurganlık çağıları olan 25-44 yaşları arasında görülme oranı en yüksek düzeydedir⁸¹.

Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir^{82,83}. Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir⁸⁴. Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir^{85,86}. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir. Literatürde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilmektedir^{87,88}. Bu nedenlerden dolayı gebelik,

kadınların yaşamında yüksek etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir^{86, 89}.

Depresyon tüm dünyada en sık görülen duygudurum bozukluğu olup , gebelerin mutluluğunu, işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan , işgücü kayıplarına yol açan ciddi bir hastalıktır⁹⁰.

Depresif belirti ve bulguların bir kısmının gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ile benzer nitelikte olması ve uyku bozukluğu, sinirlilik, bitkinlik gibi şikayetlerin gebelikte de sıklıkla görülebmesinden dolayı gebe bir kadında depresyon varlığı gözden kaçabilir⁹¹. Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi bedensel şikayetler diğer depresif hastalara kıyasla daha fazladır⁹². Gebelikte de görülebilen bu belirtilere depresyon varlığında elemli duygulanım/duygudurum ve zevk alamama da eşlik eder. Gebeliğe bağlı fiziksel belirtilerde ise depresif duygulanım görülmez.

Bir çalışmada, gebelik döneminde yaşanan tüm psikiyatrik tanılarının yaygınlığı %19,2 olarak tespit edilmiş ve bunların %14,8'ini gebelik anksiyetesi ve depresyonunun oluşturduğu görülmüştür⁹³. Depresyonun gebe kadınların yaklaşık %10'unu etkilediği vurgulanmaktadır⁹⁴.

Yapılan bir sistematik derlemede antenatal depresyon sıklığının %6 ila %12 arasında olduğu belirtilse de, diğer araştırmacılar insidansın %30'lara kadar vardığını bildirmişlerdir^{95,96,97}.

Gebelik dönemi depresyon çalışmalarıyla ilgili bir çalışmada ilk gebeliğini yaşayan kadınlarda klinik depresyon oranı %16 bulunurken⁹⁸, depresyon şiddetinin de değerlendirmeye katıldığı bir çalışmada gebelerin hafif düzeyde depresyon yaşadığı tespit edilmiştir⁹⁹.

Gebelik döneminde yaşanan depresyon ve anksiyetenin etiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalar çeşitli faktörler üzerinde durmaktadırlar. Gebeler üzerindeki bir çalışmada psikososyal faktörlerin, düşük sosyo ekonomik durumun gebelik dönemi depresyon ve anksiyetede önemli bir belirleyici olduğu, mevcut anksiyete ve depresyonun tedavi gereksinimi gösterdiği vurgulanmaktadır¹⁰⁰. Yine anne yaşının ileri olmasının depresyon sıklığını artırdığı, ileri yaştaki annelerde; özellikle 30 yaş üzeri olanlarda, gebelikte depresyon taramasının faydalı olacağı bildirilirken¹⁰¹, çocukluk ve ergenlik dönemindeki gebelerde de depresyon sıklığının artması dikkat çekicidir¹⁰². Gebelikte depresyon

etiolojisiyle ilgili bir takım risk faktörleri ortaya konmuştur. Bunlar; gebelik öncesi geçirilmiş depresyonun varlığı, partner eksikliği (eşin ölümü, boşanma, ayrı yaşama vb.), evlilik sorunları, sosyal destek eksikliği, yoksulluk, aile içi şiddet, yaşam stresleri, madde bağımlılığı, daha önceki düşüklükler, plansız ve istenmeyen gebelik, gebelik hakkında ikircikli duygulanım ve bebeğin durumuyla ilgili endişedir^{101,103}.

Gebelik döneminde kadına uygulanan aile içi şiddetin, depresyon gelişimi için önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu konu üzerine bilinçlendirme ile ilgili çok sektörlü politikaların uygulanması fetal gelişimin yanı sıra gerek annenin gerekse bebeğin mental ve bedensel sağlığı için önemlidir. Ayrıca, yapılan çalışmalar antenatal depresyonun, postpartum depresyon için de önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir¹⁰⁴.

Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur^{75, 105, 106}. Bir metaanaliz çalışmasında doğum sonrası depresyonun en güçlü öngörücüsünün gebelik depresyonu olduğu bildirilmiştir¹⁰⁷.

On bir yıllık bir izlem çalışmasında ise depresyonlu annelerin çocuklarının zeka testlerindeki performanslarının daha düşük ve şiddet içeren davranışlarının daha fazla olduğu bulunmuştur¹⁰⁸.

2. İki Uçlu Bozukluk

Gebeliğin iki uçlu bozukluk (İUB) üzerine etkisi hakkında çelişkili bilgiler vardır¹⁰⁹. Bazı yazarlar bu kadınlarda gebelikten önceki ve sonraki dönemler kıyaslandığında; gebeliğin koruyucu etkisinden söz ederken bazıları ise gebeliğin duygudurum bozukluklarına karşı koruyucu olmadığını ve depresyonun daha çok doğum sonrası dönemde görüldüğünü bildirmişlerdir^{110, 111}.

Bipolar bozukluğu olan kadınların gebelik döneminde depresif semptom göstermeleri, postpartum depresif atak için ciddi bir yordayıcı olarak tespit edilmiştir¹¹². Gebelik nedeni ile mevcut tedavilerin aniden sonlandırılması atak riskini önemli derecede arttırmaktadır¹¹³.

3. Anksiyete Bozuklukları

Perinatal dönemde anksiyete bozuklukları ile ilgili araştırmalar depresyona kıyasla daha az dikkat çekmiştir¹¹⁴. Son zamanlarda yapılan çalışmalar,

anksiyete semptomlarının gerek gebelik, gerekse postpartum periyotta oldukça sık olduğunu göstermektedir^{115,116} ve gebelik sırasında annedeki anksiyete semptomlarının olumsuz fetal gelişimsel sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir¹¹⁷.

Stresli veya anksiyöz annelerin nöroendokrin sistemlerinin aşırı aktivitesi sonucunda fetusla ilgili olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili olabileceği söyleniyor. Bu hormonlara (özellikle kortizol) fetal maruziyet erken eylem ve erken doğuma katkıda bulunuyor olabilir^{118,119}.

Gebelik sırasında yaşanan anksiyetenin de, postpartum depresyonun habercisi olduğu söylenmektedir¹²⁰.

Panik Bozukluk

Değerlendirme süreleri ve prosedürlerinde değişkenlik olmasına karşın, gebelik döneminde panik bozukluk (PB) prevalansı tutarlı bir şekilde %1.3 ile %2 arasında bulunmuştur^{121, 122, 123, 124, 125}.

Her ne kadar perinatal dönemdeki panik belirtileri genel popülasyondaki tipik hali ile aynı olsa da, bunlar genelde gebelik dönemine bağlı belirtiler olarak yorumlanmaktadır¹²⁶.

Bazı çalışmalar gebelik döneminde panik bozukluk belirtilerinde düzelme olduğunu ileri sürmekte^{127,128} ve bu düzelmenin hormonlardaki fizyolojik değişiklikler ve progesteron metabolitlerinin, strese karşı oluşan noradrenerjik yanıtı zayıflatarak sağladığını ileri sürmektedir^{129,130}. Buna karşın, diğer çalışmalar semptomların aynen devam ettiğini veya kötüleştiğini savunmaktadırlar. Bu semptom değişikliğinin muhtemelen en iyi belirleyicisi, gebelik öncesi dönemde hastalığın şiddetidir. Hastalık şiddeti yüksek olanlarda daha kötü gidiş olması beklenmektedir¹³¹.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan bireylerde aşırı ve kontrol edilemeyen endişeler; iş, ilişkiler, maddi durum gibi olaylarla ilişkilidir ve irritabilite, huzursuzluk ve kas gerginliğinde artış gibi bir dizi fiziksel belirti ile beraberdir¹³². Gebelikte yaygın anksiyete bozukluğunu araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bir çalışmada, son trimester gebelerde YAB sıklığı %8.5 bulunmuş¹³³. Gebelik öncesinde başlamış olan YAB'nin gebelikteki seyri hakkında literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Araştırmacılar, gebelik döneminde bir miktar kaygı, endişe gibi duyguların normal kabul edilebileceği, bu nedenle gebelik

döneminde YAB tanısı konurken dikkatli olmak gerektiğini vurgulamaktalar. Bu süreçte çoğu kadının gebelik veya bebeği ile ilgili kaygılarının olabileceği vurgulanılmaktadır ¹¹⁴. Bu noktada yazarlar, işlevsellikteki bozulma ve kaygıyı doğuracak bir tetikleyicinin olup olmadığını değerlendirmenin tanı koymada yardımcı olacağını belirtiyor ¹³⁴.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Literatüre baktığımızda gebelik döneminde obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) prevalansını araştıran çalışmaların çok az olduğunu görmekteyiz ^{130,135}. Bu çalışmalarda gebelik döneminde OKB prevalansı %0.2 ile %3.5 arasında olduğu belirtilmiştir. ^{136,137}.

Güncel bilgiler, gebelik döneminin OKB başlangıcı için yüksek riskli bir dönem olduğunu ve doğurganlık çağındaki kadınlarda ortaya çıkan OKB'nin %40'ının ilk defa gebelikte ortaya çıktığını ileri sürmektedirler ^{138, 139}.

Gebelik döneminde OKB seyrini araştıran çalışmalardan bazıları hiçbir değişiklik olmadığını belirtirken, bir çalışmada %46.1'inde semptomların kötüleştiği, %23'ünde ise semptomlarda düzelme görüldüğü tespit edilmiştir. ^{138, 139}. Klinik düzeyde OKB'si olan kadınların özellikle doğum sonrasında sıklıkla bebeklerine zarar verebilecekleri şeklinde obsesyonları olur ve bu nedenle bebeklerinden uzak durmaya çalışabilirler. Bu durum bebekleriyle yeterince ilgilenememelerine ve yeterli bakım verememelerine neden olabilir ²⁰. Gebeliğin düşük ile sonlanması herhangi bir anksiyete bozukluğunun gelişimi için bir risk faktörü olabilirken özellikle son bir yıl içinde düşük yapmış olma ile OKB'nin alevlenmesi arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar olmuştur ¹⁴⁰. Bu konuda daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Gebe kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)' nun sıklık tahminleri %1.7-8.1 arasındadır ¹⁴¹. Travmatik doğum geçiren kadınların özellikle TSSB gelişim açısından riskli olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur ¹⁴².

Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %20'sinin gebelik-doğumla ilgili travmatik deneyimler bildirdiği ve bunların %6'sının TSSB tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiş ¹⁴³. Kadınların yaşadığı fiziksel veya cinsel şiddet deneyimleri de TSSB gelişimi açısından önemli etkenlerdir.

Bu nedenle TSSB benzeri belirtiler ile başvuran lohusalarda ayrıntılı bir doğum öyküsünün alınmasının ve şiddet maruziyetinin sorgulanmasının tanısal değeri vardır.

Sosyal Fobi

Gebelik döneminde anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyal fobi ile ilgili veri yok denecek kadar azdır. Perinatal dönemde kadınlar sigara içilen yerden uzaklaşma gereği gibi sağlık nedenleri ile halsizlik, bebek bakımı gibi çeşitli sebeplerden dolayı sosyal ortamlardan uzaklaşabilirler. Sosyal fobi tanısı kadın sadece sosyal durumlarda eleştirileceği ya da küçük düşeceği endişesini bildirirse konulur²⁰. Perinatal dönemde sosyal fobinin sıklığına ilişkin kesin veriler olmamakla beraber bir çalışmada doğum sonrasında %4.1 olarak bildirilmiştir¹⁴⁴.

4.Şizofreni

Geçmiş çalışmalar, şizofrenisi olan kadınlarda, normal popülasyona kıyasla düşük fertilitite oranları olduğunu bildirmişler¹⁴⁵ ancak, psikotik bozukluğu olan kadınların çocuk sahibi olduğu görülmekte^{146, 147} ve psikoza olan kadınların gebelikleri yüksek riskli gebelikler olarak ele alınmaktadır. Bir çok çalışmadan elde edilen kanıtlar, psikotik bozukluğu olan gebelerin normal kontrollere kıyasla doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranları çok daha az bulunmuş^{148, 149, 150}.

Atipik antipsikotik kullanan kişiler bozulmuş glukoz toleransı ve diabet gelişimi açısından artmış risk altındadırlar. Bu nedenle de gestasyonel diyabet açısından da riskleri artmaktadır^{151,152}.

Psikoza olan kadınlar gebelikleri sırasında da ihmal ve/veya eşlik eden alkol-madde kötüye kullanımı nedeni ile yetersiz beslenmektedir¹⁴⁸. Bazı uzmanlar, şizofrenisi olan gebeleri, uzun süre hastanede yatırarak takip etmeyi tercih etmiş ve bu uygulamanın sonuçları iyileştirdiğini ileri sürmüşler.¹⁴⁹ Şizofrenisi olan gebelerde, normal popülasyona kıyasla intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski yüksek bulunmuştur^{150, 151}. Genetik yatkınlık, yetersiz doğum öncesi bakım, sigara tüketimi ve antipsikotik kullanımı bu duruma yol açıyor olabilir^{152, 153}.

Geçmiş çalışmalar, normal kontrollerle karşılaştırıldığında, şizofrenisi olan gebelerde ölü doğum ve infant ölümlerinde riskin 4 kat yüksek olduğunu bulmuşlardır^{154, 155, 156}. Oysa, son zamanlarda yapılan çalışmalarda şizofreni ile

fetal/neonatal ölümler arasında ilişki saptanmamıştır ^{157,158,159}. Şizofreni hastalarında plasental anormallikler ve doğum öncesi kanamaları içeren obstetrik komplikasyonlar için risk artışı da söz konusudur ¹⁶⁰.

Gebeliğin psikotik inkarı da oldukça riskli bir durumdur ve olumsuz sonuçlanma ilişkili olabilir ²⁰. Psikotik ebeveyni olan çocuklarda, ölümcül nitelikte kötü muameleye uğrama riski de normal popülasyondan oldukça yüksek bulunmuş ¹⁶¹. Postnatal döneme baktığımızda, retrospektif bir çalışmada, şizofrenisi olan doğum yapmış kadınlarda postpartum dönemde belirtilerde önemli bir farklılık olmadığı ancak bu dönemde relaps açısından artmış risk altında buldukları tespit edilmiş ¹⁶².

5.Alkol- Madde Kötüye Kullanımı

Gebelik döneminde madde kullanımı yaygın bir sorundur ¹⁶³. Kanada'da yapılan çalışmalarda kadınların son gebeliklerinde %14'ünün alkol %17'sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir ^{164, 165}. Doğurganlık çağındaki Kanada'lı kadınlar arasında yasadışı madde kullanım oranlarının daha az olduğu ancak önemsiz denecek düzeyde de olmadığı gösterilmiş.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada gebelerin yaklaşık %5'inin önceki ay boyunca yasadışı madde kullandığı rapor edilmiş ¹⁶⁶. En sık kullanılan yasadışı madde esrar ve bunu kokain takip etmektedir.

Gebelik döneminde alkol ve madde kullanımı maternal, fetal ve yenidoğanla ilgili ciddi morbiditelere yol açabilmektedir ^{167,168, 169}. Genel olarak, madde kullanım bozukluğu olan gebeler, doğum öncesi bakım hizmetlerine daha az başvurmakta ve HIV, hepatit ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından artmış risk altındadırlar ^{170, 171, 172}.

Kadınlarda gelişen sigara bağımlılığı çoğu zaman gebelik sürecinde de devam edebilmektedir. Sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70'i gebelik esnasında da sigara kullanmayı sürdürmektedirler. Yurt dışında yapılan geniş çaplı bir çalışmada yaklaşık beş kadından birisinin gebe iken sigara kullandığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, genel olarak dört ya da beş kadından birisi gebeliğinde sigara içmektedir. Gebelikte sigara kullanımı çoğunlukla annenin sigara içme alışkanlığını bu dönemde de sürdürmesinden kaynaklanır. Böyle bakıldığında asıl sigaranın kendisi stres ve sıkıntı kaynağı olmaktadır. Özellikle bu alışkanlık gebelik döneminde devam ettiğinde daha da tehlikeli bir hale gelmektedir ^{173, 174, 175, 176}.

Sigaranın içinde bulunan maddelerden olan nikotin ve karbon monoksit bebek sağlığı açısından son derece zararlıdır. Bebek plasenta ve kordon aracılığıyla beslenmektedir. Sigara içen gebelerde, bebeğe yeterli miktarda oksijen taşınamadığından dolayı bebekler yeterince beslenememekte ve gelişememektedir.

Doğumdan sonra bebekte pnomoni (zatürre) ve bronşit riski artar. Akciğer fonksiyonlarını etkilediği için akciğer sorunları görülebilir. Sigara içen annelerin bebeklerinde ani ölüm sendromu 2 kat daha fazla görülür. Orta kulak iltihabı ve astım gibi hastalıklar daha fazla görülür. Sigara içen annelerin bebekleri daha sık hastalanır ve daha sık hastane hizmeti almak zorunda kalırlar. Gebelik esnasında sigaraya maruz kalan bebekler, büyüdüklerinde daha fazla sigara bağımlısı olabilirler ¹⁷⁶.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Türü

Bu çalışma, gebelik döneminde kadınlarda ruhsal hastalıkların sıklığını, dağılımını ve başta şiddet deneyimleri olmak üzere yaş, eğitim, ekonomik durum, ırk, dil, din, komorbid hastalıklar, alkol-madde kullanımı gibi çeşitli etkenlerle ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda ortalama depresyon görülme oranı %17.5 iken gebelik döneminde ortalama oran %24 olmaktadır. Önceki ve sonraki depresyon görülme oranları arasındaki ($\%17.5 - \%24 = \%6.5$) %6.5'lik oransal farklılığın %80 güç ve %5 tip I hata ile anlamlı olduğunu söyleyebilmek için en az 289 kadın vakaya ihtiyaç vardır. Gebelikten önceki ve sonraki anksiyete bozuklukları görülme oranları arasındaki ($\%10.5 - \%19.35 = \%8.85$) %8.85'lik oransal farklılığın %80 güç ve %5 tip I hata ile anlamlı olduğunu söyleyebilmek için en az 137 kadın vakaya ihtiyaç vardır. Gebelikten önceki ve sonraki travma sonrası stres bozukluğu oranları arasındaki ($\%2 - \%4.9 = \%2.9$) %2.9'luk oransal farklılığın %80 güç ve %5 tip I hata ile anlamlı olduğunu söyleyebilmek için en az 248 kadın vakaya ihtiyaç vardır.

Dolayısı ile bu çalışmada minimum 289 kadın vaka ile çalışılması gerekmektedir.

Araştırma evreni, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerin başvuran ve gebeliğinin son trimesterinde olan 297 kadın katılımcıdan oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu 28.08.2014 tarihli ve 2014/206 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Tüm bireyler çalışma konusunda aydınlatıldı ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu onayladıktan sonra çalışmaya alındı. Tüm olgulara, eşleri ve kendileri ile ilgili sosyodemografik özellikleri, geçmiş ve şimdiki gebelik bilgileri, komorbid tıbbi

durumları, şiddet deneyimleri yüzyüze görüşme yaparak sorgulandı. Ruhsal hastalık varlığı ve dağılımının değerlendirilmesi amacıyla da tüm katılımcılara DSM -IV Eksen I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) uygulandı.

Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anket formunda yaş, doğum ve yerleşim yeri, eğitim durumu, iş durumu, hanede yaşayan kişi sayısı, kişi başı düşen net gelir, medeni durum, çocuk sayısı, kronik bedensel hastalık, özür durumu, evlilik ile ilgili bilgileri, alışkanlıkları, eş ile ilgili sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar, adli suç öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsü, evde konuşulan dil, din, etnik kimlik, mezhep, geçmiş ve şu anki gebelik bilgileri, gebelik döneminde psikolojik, fiziksel, ekonomik veya cinsel şiddete maruz kalma ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgileri içeren 107 sorudan oluşmaktadır. (EK-I)

DSM-IV Eksen I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği(SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından 1997'de geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda verilerin analizi SPSS 11.5 paket programında yapılmıştır. Verilerin özetlenmesinde sayı (n) ve yüzdeler (%) kullanıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare analiz yöntemi kullanıldı. p değerinin 0,05'ten küçük olduğu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan gönüllülerin demografik özellikleri:

Araştırmaya katılan gönüllülerin yaş ortalaması 28.7 idi. (TABLO-1)

TABLO-1: Kadınların yaş dağılımı

Kadın yaşı	Sayı	Yüzde (%)
18-24	56	%18.9
25-29	144	%48.5
30-34	58	%19.5
35-39	28	%9.4
40 ve üstü	11	%3.7

Yaşadıkları yerleşim yerlerine göre dağılımları, %52.2'si şehir merkezinde, %28.3'ü ilçede, %11.1'i kenar mahallelerde, %8.4'ü ise köylerde yaşamakta idi. (TABLO-2)

TABLO-2: Yerleşim yeri

Yaşanılan yer	Sayı	Yüzde (%)
Şehir merkezi	155	52.2
İlçe	84	28.3
Kenar mah.	33	11.1
Köy	25	8.4

Doğdukları yerleşim yerine baktığımızda, %44.8'i ilçede, %26.9'u il merkezinde, %26.6'sı köylerde, %1.7'si ise yurt dışında doğduğunu bildirdi. (TABLO-3)

TABLO-3: Doğdukları yerleşim yeri

Doğulan yer	Sayı	Yüzde (%)
Köy	79	26.6
İlçe	133	44.8
İl merkezi	80	26.9
Yurt dışı	5	1.7

Kadınların eğitim düzeyine baktığımızda %24.9'unun ilkokul veya altı düzeyde, %24.9'unun orta eğitim düzeyinde, %26.3'ünün lise düzeyinde ve %13.1'inin lisans düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi. (TABLO-4)

TABLO-4: Eğitim düzeyi

Eğitim düzeyi (yıl)	Sayı	Yüzde (%)
0-5	74	24.9
6-9	106	35.7
10-12	78	26.3
13 ve üstü	39	13.1

Kadınların çalışma ve gelir durumuna baktığımızda büyük kısmının çalışmadığı, kendisine ait düzenli bir gelirinveya mal varlığının olmadığı görüldü. (TABLO-5)

TABLO-5: Çalışma ve gelir düzeyi

	Evet/var	Hayır/yok
Çalışıyor mu	80 %26.9	216 %72.7
Evlilikten önce çalışıyor mu	109 %36.7	188 %63.3
Sosyal güvence	266 %89.6	31 %10.4
Kendine ait düzenli gelir	77 %25.9	220 %74.1
Kendine ait taşınmaz mal	59 %19.9	237 %79.8

Katılımcıların %21.5'inde kronik bedensel hastalık, %3.4'ünde de bedensel bir özür durumu olduğu öğrenildi. (TABLO-6)

TABLO-6: Kronik hastalık/özür durumu

	Evet/var	Hayır/yok
Kronik bedensel hastalık	64 %21.5	233 %78.5
Bedensel özür	10 %3.4	287 %96.6

Birlikte Olunan Kişinin Özellikleri

Katılımcıların birlikte oldukları kişinin çeşitli sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık ve bedensel özür durumu, alışkanlıkları TABLO-7 ile TABLO- 10 arasında gösterilmiştir.

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyi ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite düzeyinde olanların oranlarının birbirine yakın olduğunu görmekteyiz. (TABLO-7)

TABLO-7: Eşin eğitim düzeyi

Birlikte olunan kişinin eğitim düzeyi (yıl)	Sayı	Yüzde (%)
0-5	60	%20.2
6-9	71	%23,9
10-12	69	%23,2
13ve üstü	97	%32,7

Katılımcıların eşlerinin %25'inde kronik bir bedensel hastalık, %6.1'inde de bedensel bir özür olduğu görüldü. (TABLO-8)

TABLO-8: Eşin kronik hastalık/özür durumu

Birlikte olunan kişide	Evet/var	Hayır/yok
Kronik bedensel hastalık	74 %25	222 %75
Bedensel özür	18 %6.1	279 %93.9

Katılımcıların eşlerinin yarısının sigara kullandığı, %9.1'inin ise alkol ve/veya madde kullandığını görmekteyiz. (TABLO-9)

TABLO-9: Eşin sigara-alkol-madde alışkanlıkları:

Birlikte olunan kişinin alışkanlıkları	Sayı	Yüzde (%)
Yok	118	39.7
Sigara	149	%50.2
Alkol/madde	25	%9.1

Katılımcıların eşlerinin kumar oynama alışkanlığı, adli suç öyküsü, psikiyatrik tedavi ve psikiyatri kliniğinde yatış oranları TABLO-10'da gösterildiği gibidir.

TABLO-10: Eşin kumar oynama, suç işleme ve psikiyatri başvurusu

<u>Birlikte olunan kişinin;</u>	Var	Yok
Kumar oynama alışkanlığı	25 %8.4	272 %91.6
Adli/suç öyküsü	47 %15.8	250 %84.2
Psikiyatrik tedavi öyküsü	28 %9.4	269 %90.6
Psikiyatri kliniğinde yatış	7 %2.4	290 %97.6

Evde konuşulan dillere baktığımızda %76.1'inde sadece Türkçe, %17.2'sinde Türkçe ve Kürtçe, %6.7'sinde de Türkçe ve Arapça dillerinin konuşulduğunu görmekteyiz. (TABLO-11)

TABLO-11: Evde konuşulan diller:

	Sayı	Yüzde %
Sadece Türkçe	226	76.1
Türkçe+Kürtçe	51	17.2
Türkçe+Arapça	20	6.7

Katılımcıların ve eşlerinin etnik kimlikleri TABLO-12 ve TABLO-13'te gösterilmiştir.

TABLO-12: Etnik Kimlik

	<u>SAYI</u>	<u>YÜZDE%</u>
TÜRK	223	75.1
KÜRT	48	16.2
ARAP	26	8.8

TABLO-13: Birlikte olunan kişinin etnik kimliği

	<u>SAYI</u>	<u>YÜZDE %</u>
TÜRK	174	%58.6
KÜRT	75	%25.3
ARAP	44	%14.8
DİĞER	4	%1.3

Katılımcıların tamamı dini açıdan Müslüman olduklarını belirtti.

Katılımcıların mezheplerine baktığımızda katılımcıların yarısı mezheplerinin alevi veya suni mezhepleri dışında olduğunu ya da bilmediklerini belirttiler.(TABLO-14)

TABLO-14: Kadının mezhebi;

	Sayı	Yüzde (%)
Sünni	70	%23.6
Alevi	84	%28.3
Diğer/bilmiyorum (şafi,şii,..)	143	%48.1

Katılımcıların birlikte oldukları kişilerin mezheplerine baktığımızda kadın gruba benzer şekilde yarısı mezheplerinin alevi veya suni mezhepleri dışında olduğunu ya da bilmediklerini belirttiler.(TABLO-15)

TABLO-15: Birlikte olunan kişinin mezhebi;

	Sayı	Yüzde (%)
Sünni	59	%19.9
Alevi	89	%30.0
Diğer/bilmiyorum (şafi,şii,..)	149	%50.2

Haneye giren, kiři bařına dűřen aylık gelir dűzeyleri ile gelir durumundan memnuniyet dűzyi TABLO-16 ile TABLO-18 arasında gűsterilmiřtir.

TABLO-16: Haneye giren aylık gelir dűzeyi;

	Sayı	yűzde (%)
0-999	35	%11.8
1000-1999	63	%21.2
2000-3999	121	%40.7
4000-5999	53	%17.8
6000 ve űstű	25	%8.4

TABLO-17: Kiři bařına dűřen aylık gelir dűzeyi;

	Sayı	Yűzde
0-500	91	%30.6
500-1000	68	%22.9
1000-2000	102	%34.3
2000-3000	21	%7.1
3000-4000	9	%3.0
4000-5000	6	%2.0

TABLO-18: Gelir durumundan memnuniyet dűzeyi;

	Sayı	Yűzde (%)
Tamamıyla memnunum	7	%2.4
Çok memnunum	46	%15.5
Biraz memnunum	106	%35.7
Pek memnun değilim	94	%31.6
Hiç memnun değilim	44	%14.8

Kadın-Erkek İlişkileri

Çalışmaya katılan gebelere ev işlerinin eşler arasında dağılımı hakkında fikirleri sorulduğunda kadınların %62'si ev işlerinin eşler arasında eşit paylaşılması gerektiğini, %23.2'si bunun, bazı durumlarda olabileceğini ancak her zaman geçerli olmadığını, %14.8'inin ise bu eşitlik durumuna katılmadığını, ev işinin kadının işi olduğunu düşündüğünü belirtti.

Kadınlar ev dışında istedikleri işte çalışabilmeli midir sorusuna ise katılımcıların %58,2'si evet, %25,6'sı hayır cevabı verirken, %15,8'i duruma göre değişebileceğini, %0.3'ü ise bu konuda bir fikri olmadığını belirtti.

Katılımcıların %62.6'sı kadınların ellerindeki parayı kendi tercihleri doğrultusunda harcayabilmeleri gerektiği fikrine katılırken, %21.9'u bunun duruma göre değişebileceğini düşünmekte, %14.8'i ise bunun uygun olmayacağı, bu fikre katılmadıklarını belirtti.

Kız çocukları en az sekiz yıl okula gönderilmeli midir sorusuna katılımcıların tamamı evet yanıtı verdi ve daha uzun süre eğitim almaları gerektiğini düşündüklerini belirttiler.

Şiddet Türleri ve Görülme Oranları

Çalışmamızda, gebelerin %28.3'ünün psikolojik, %19.8'inin ekonomik, %15.4'ünün fiziksel ve %6.06'sının cinsel şiddet gördüğünü tespit ettik. (TABLO-19)

TABLO-19: Şiddet türleri ve görülme oranları

	VAR	YOK	YÜZDE (%)
Psikolojik Şiddet	84	213	%28.3
Fiziksel Şiddet	46	251	%15.4
Ekonomik Şiddet	59	238	%19.8
Cinsel Şiddet	18	279	%6.06

Şiddet Türleri ile Ruhsal Hastalıklar İlişkisi

Kadınların şiddet maruziyeti ile ruhsal hastalık ilişkisine baktığımızda; her dört şiddet türünün de ayrı ayrı ruhsal hastalık görülme olasılığını arttırdığı görüldü. (TABLO-20,21,22,23)

TABLO-20 : Psikolojik şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi (p=0.002)

		PSİKOLOJİK ŞİDDET		TOPLAM
		YOK	VAR	
RUHSAL H.	VAR	39 18,3%	69 82,1%	108 36,4%
	YOK	174 81,7%	15 17,9%	189 63,6%

TABLO-21 : Fiziksel şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi (p<0.001)

		FİZİKSEL ŞİDDET		TOPLAM
		YOK	VAR	
RUHSAL H.	VAR	66 26,3%	42 91,3%	108 36,4%
	YOK	185 73,7%	4 8,7%	189 63,6%

TABLO-22 : Ekonomik şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi (p=0.001)

	EKONOMİK ŞİDDET		TOPLAM
	YOK	VAR	
RUHSAL H. VAR	59	49	108
	24,8%	83,1%	36,4%
YOK	179	10	189
	75,2%	16,9%	63,6%

TABLO-23: Cinsel şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi (p<0.001)

	CİNSEL ŞİDDET		TOPLAM
	YOK	VAR	
RUHSAL H. VAR	90	18	108
	32,3%	100,0%	36,4%
YOK	189	0	189
	67,7%	,0%	63,6%

Şiddet ve İlişkili Faktörler

Evlilik Yaşı ile Şiddet İlişkisi

Kadınların evlilik yaşı ile herhangi bir şiddet türüne maruz kalma riski arasındaki ilişkiye baktığımızda, on sekiz yaşından önce evlenen kadınların psikolojik, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddete, on sekiz yaşından sonra evlenen kadınlara oranla daha çok maruz kaldıklarını tespit ettik. (TABLO-24,25,26,27)

TABLO-24: Evlilik yaşı ile psikolojik şiddet ilişkisi (p<0.001)

PSİKOLOJİK ŞİDDET	EVLİLİK YAŞI <18	EVLİLİK YAŞI ≥18	TOPLAM
YOK	16 %43.2	197 %75.8	213 %71.7
VAR	21 %56.8	63 %24.2	84 %28.3

TABLO-25: Evlilik yaşı ile fiziksel şiddet ilişkisi (p=0.001)

FİZİKSEL ŞİDDET	EVLİLİK YAŞI <18	EVLİLİK YAŞI ≥18	TOPLAM
YOK	24 %64.9	227 %87.3	251 %84.5
VAR	13 %35.1	33 %12.7	46 %15.5

TABLO-26: Evlilik yaşı ile ekonomik şiddet ilişkisi (p=0.001)

EKONOMİK ŞİDDET	EVLİLİK YAŞI <18	EVLİLİK YAŞI ≥18	TOPLAM
YOK	18 %48.6	220 %84.6	238 %80.1
VAR	19 %51.4	40 %15.4	59 %19.9

TABLO-27: Evlilik yaşı ile cinsel şiddet ilişkisi (p=0.042)

CİNSEL ŞİDDET	EVLİLİK YAŞI <18	EVLİLİK YAŞI ≥18	TOPLAM
YOK	32 %86.5	247 %95.0	279 %93.9
VAR	5 %13.5	13 %5.0	18 %6.1

Fiziksel Şiddet

Çalışmaya katılan 297 gebenin 46'sı (%15.4) fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.

Fiziksel şiddet ile kadının yaşı ilişkisine baktığımızda; birincisi 18-24 yaş arası, ikincisi ise 40 yaş ve üstü kadınlar olmak üzere iki grupta risk artışı tespit edildi. (p<0.001)

Kenar mahallede yaşayan kadınlarda fiziksel şiddet görme riskinin, diğer yerleşim yerlerine oranla daha yüksek olduğu tespit edildi. (p<0.001)

Kadınların doğdukları yerleşim yeri ile fiziksel şiddet arasındaki ilişkiye baktığımızda ise, köyde doğan kadınlarda riskin daha fazla olduğu tespit edildi. (p=0.02)

Kadınların eğitim düzeyi ile fiziksel şiddet ilişkisine baktığımızda; eğitim düzeyi düştükçe fiziksel şiddet görme riskinin arttığını görmekteyiz. (p<0.001)

Kadının gelir getiren bir işte çalışması, fiziksel şiddet riskini azaltıyor. (p=0.022)

Sosyal güvencesi olmayan kadınlarda, fiziksel şiddet görme riskinin olanlara kıyasla daha fazla olduğunu görmekteyiz. (p<0.001)

Hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça fiziksel şiddet görme riski artıyor. (p=0.003)

Kişi başına düşen aylık gelir azaldıkça şiddet görme riski artıyor. (p=0.03)

Kendine ait ev, arsa, işyeri gibi taşınmaz malı olan kadınlarda fiziksel şiddet görme oranları daha az bulundu. (p=0.001)

Gelir durumundan memnuniyet düzeyi azaldıkça fiziksel şiddet riskinin arttığı görüldü. (p<0.001)

Medeni durum ile fiziksel şiddet arasında ilişki saptanamadı. (p=0.196)

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça fiziksel şiddet görme riskinin de arttığı görüldü. (p=0.03)

Kadının ilk evliliği değilse fiziksel şiddet görme riskinin arttığı tespit edildi. (p=0.035)

Erkeğin de ilk evliliği değilse fiziksel şiddet uygulama riski riskinin arttığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Nikah türü ile fiziksel şiddet ilişkisine baktığımızda, sadece imam nikahı ile evli olanlarda resmi nikah veya imam nikahı ve resmi nikah olanlara göre fiziksel şiddet görme riskleri daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Görücü usulü veya kaçarak evlenenlerde risk, anlaşarak evlenenlere göre daha fazla bulundu. ($p<0.001$)

Katılımcılardan %17.5'i ($n=52$) gebeliğinde de sigara içiyordu. Fiziksel şiddet ile kadının sigara içmesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. ($p=0.656$)

Erkeğin yaşı ile fiziksel şiddet ilişkisine baktığımızda, kadınlardakine benzer şekilde 18-24 yaş arası ve 40 yaş üstünde fiziksel şiddet uygulama riskinin artmış olduğu tespit edildi. ($p<0.001$)

Kadın – erkek arası yaş farkına baktığımızda, yaş farkı arttıkça fiziksel şiddet görme riskinin de arttığı tespit edildi. ($p=0.025$)

Erkeğin eğitim düzeyi azaldıkça fiziksel şiddet uygulama riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Erkeğin gelir getiren bir işte çalışmıyor olması, aile içi fiziksel şiddet riskini artırıyor. ($p<0.001$)

Kadın-erkek arası gelir düzeyi farkı ile fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmadı. ($p=0.205$)

Erkeklerin doğum yeri ile şiddet ilişkisine baktığımızda, köyde doğan erkeklerin fiziksel şiddet uygulama riski ilçe, il merkezi veya yurt dışında doğanlara göre yüksek bulunmuş. ($p=0.04$)

Erkeğin alkol ve/veya madde kullanım alışkanlığının olmasının, aile içi fiziksel şiddet riskini arttırdığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Erkeğin kumar oynama alışkanlığının olmasının, aile içi fiziksel şiddet riskini arttırdığı görüldü. ($p<0.001$)

Erkeğin aile içi şiddet dışında adli / suç öyküsünün olması, fiziksel şiddet riskini artırıyor. ($p<0.001$)

Erkeğin psikiyatrik tedavi öyküsünün olmasının da fiziksel şiddet riskini arttırdığı görüldü. ($p<0.001$)

Erkeğin psikiyatri servisinde yatışının olmasının, fiziksel şiddet riskini arttırdığı görüldü. ($p=0.011$)

Ev içinde konuşulan dili Türkçe+Kürtçe olanlarda sadece Türkçe veya Türkçe ve Arapça konuşanlara göre fiziksel şiddet görme riski daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Kendisinin veya eşinin etnik kimliğinin kürt olmasının, fiziksel şiddet riskini arttırdığı görüldü. ($p=0.002$)

Kadının kaçınıcı gebeliği olduğu ile fiziksel şiddet görme arasındaki ilişkiye baktığımızda, beşinci veya daha fazla gebeliği olanlarda fiziksel şiddet görme riski, dördüncü veya daha az gebeliği olanlara göre daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Gebeliğin planlı veya istenen bir gebelik olup olmaması ile fiziksel şiddet arasındaki ilişkiye baktığımızda, planlanmayan/istenmeyen gebeliklerde, planlı gebeliklere göre fiziksel şiddet riskinin daha yüksek olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Bebeğin cinsiyeti ile fiziksel şiddet görme durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda, kız bebek bekleyen kadınların, erkek bebek bekleyenlere göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı görüldü. ($p=0.001$)

Tüm katılımcılara, dayığa ilişkin fikirleri sorulduğunda, “bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilir” diyen kadınların, “haklı görülebilecek dayak yoktur” diyen kadınlara göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları görüldü. ($p<0.001$)

Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile ruhsal hastalık ilişkisine baktığımızda, kadının fiziksel şiddete uğruyor olmasının, ruhsal hastalık riskini arttırdığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Ruhsal hastalıkların dağılımı ile fiziksel şiddet ilişkisine baktığımızda; major depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve BTA anksiyete bozukluğu ile fiziksel şiddet görüyor olma arasında anlamlı ilişki tespit edildi. (p değerleri sırasıyla < 0.001, <0.001, 0.035 ve 0.01)

Fiziksel Şiddete Yönelik Sorular

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %30,4'ünün ilk fiziksel şiddeti 18 yaşından önce gördükleri tespit edildi. Ancak şiddetin başlangıç yaşı ile ruhsal hastalık gelişip gelişmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (p=1.00)

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %43.5'i eşinden gördüğü fiziksel şiddet öncesinde herhangi bir ruhsal yakınması olmadığını söylerken, %45.7'si hatırlamıyorum/emin değilim şeklinde cevap verdi.

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %84.8'i psikiyatrik yakınmalarının eşlerinden gördükleri fiziksel şiddet ile ilişkili olduğunu belirtti.

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %45.7'si geçmişte veya halen intihar fikri olduğunu ve bunun eş fiziksel şiddeti ile ilişkili olduğunu belirtti.

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %67.4'ünün en yoğun fiziksel şiddet gördüğü kişi şu an beraber olduğu kişiydi. %30.4'ü ise şu anki eşlerinden önce de fiziksel şiddete maruz kalmışlardı. (en çok ev içi baba, abi, amca vs)

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %89.1'i eşinden fiziksel şiddet görme riskinin halen devam ettiğini bildirdi.

Şu anki gebeliği süresince birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların şiddet görme sıklığına baktığımızda

%17.4'ünün evlilik süresince birkaç defa olduğu, %50'sinin ayda 1-2 defa şiddet gördüğü, %30.4'ünün ise ayda 1-2 den daha fazla şiddet gördüğü tespit edildi.

Fiziksel Şiddetin Derecesi

Birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete uğradığını belirten kadınların %97.8'inin yaralama veya uzun süreli acıya neden olmayan tokatlama, itme gibi davranışlara maruz kaldığı, %67.4'ünün yumruklama, tekmeleme, yaralar veya kesiklere neden olan şiddete maruz kaldıkları, %37'sinin yanık, kemik kırılması gibi daha ciddi sonuçlara yol açacak şiddete maruz kaldıkları, %6.5'inin baş ve/veya organ yaralanmasına neden olacak türden şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Çalışma grubumuzda silahla yaralanma şeklinde şiddete maruz kalan kadın yoktu.

Çocukların Aile İçi Şiddete Tanık Olması

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %21.7'sinin çocuğu yoktu. Çocuğu olan ve fiziksel şiddet gören kadınların %4.3'ü çocuklarının yalnızca bir defa şiddete tanık olduklarını, %15.2'si birkaç defa, %34.8'i ara sıra, %21.7' si ise çocuklarının aile içi fiziksel şiddete sık sık tanık olduklarını belirtti.

Fiziksel Şiddet Ne Zaman Ortaya Çıkıyor?

Birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete uğradığını söyleyen kadınlara, hangi konularda sorun yaşandığında eşlerinin fiziksel şiddete başvurduğu sorulduğunda %84.8'i maddi sorunlar, %84'ü kıskançlık, %71'i kadın ve/veya erkeğin ailesi ile ilgili sorunlar, %60.9'u işle ilgili sorunların eve taşınması, %47.8'i kumar/alkol ya da madde alışkanlığıyla ilgili sorunlar, %19,6'sı cinsel sorunlar, %17.4'ü küçük nedenler, %8.7'si ev ve çocuklar ile ilgili sorumluluklar, %4.3'ü görüşülen kişiler ve %2.2'si giyim tarzı ile ilgili sorunlar nedeniyle eşlerinden fiziksel şiddet gördüğünü bildirdi. Dini görüşlerin farklılığı nedeni ile şiddet gördüğünü bildiren katılımcı yoktu.

Fiziksel Şiddete Tepki

Eşinden fiziksel şiddet gördüğünde ne gibi tepkileri olduğu sorulduğunda kadınların %60.9'unun sessiz kaldığı, %43.5'inin şiddet riskini azaltmak için eşin isteklerine göre davrandığı, %30.4'ünün sözel şiddet kullandığı, %26.1'inin

sesini yükselttiği, %26,1'inin küstüğü, %26.1'inin kaçtığı, %19.6'sının evi terk ettiği, %15,2'sinin yardım çağırdığı, %8.7'sinin yasal kurumlara başvurduğu ve %4.3'ünün fiziksel şiddetle karşılık verdiği görüldü.

Şiddete Karşı Koyma Zorluğu Yaratan Durumlar

Kadınlara fiziksel şiddete karşı koyma zorluğu yaratan durumlar sorulduğunda %84.8'i ekonomik, %78.3'ü barınma, %63'ü çocuklarla ilgili, %50'si şiddetin bitmeyeceği/artabileceği endişesi, %47.8'i ailenin desteklememesi, baskısı ve toplumsal kaygı, %26.1'i eşini sevmesi, %19.6'sı eşinin değişebileceği beklentisi ve %4.3'ü ise kendini suçlu görmesi nedeni ile şiddete karşı koymakta zorlandığını ifade etti.

Şiddetten Kimlere Bahsettiniz, Kimlerden Yardım İstediniz?

Fiziksel şiddete uğradığını bildiren kadınlara şiddetten kimlere bahsettikleri, kimlerden yardım istedikleri sorulduğunda %30.4'ünün gördükleri şiddetten şu ana kadar kimseye bahsetmedikleri, kimseden yardım istemedikleri görüldü. %69.6'sı kendi ailesine, %32.6'sı komşu veya arkadaşlarına haber vermiş, %23.9'u güvenlik güçlerine, %8.7'si avukat veya mahkemelere, %4.3'ü sağlık personeline bilgi vermiş veya yardım istemiş. Çalışma grubumuzda ŞÖNİM'e başvuran kimse yoktu.

Alınan Tepkiler

Uğradıkları şiddeti birilerine anlatan kadınlara ne gibi tepkiler aldıklarını sorduğumuzda %67.4'ü yatıştırma-teselli etme çabası ile "katlanmaya devam etmelisin" mesajı verildiğini belirtti. %21.7'si anlattığı kişiler tarafından erkeğe gözdağı verildiği, %19.6'sı ilgilenilmediği, %15.2'sinin kadını suçlama eğiliminde olduğu, sadece %4.3'ünün karşı koymasını-ayrılmasını önerdiği ve her türlü desteğin verileceğini söylediği öğrenildi.

Yardım İstemeyenlerin Nedenleri

Yardım istemeyenlerin %6.5'i şiddetin çok sık olmadığını, %8.7'si mevcut durumun değişebileceğini düşünmediğini, %2.2'si ise bu durumun normal olabileceği, erkeklerin zaman zaman eşlerine fiziksel şiddet uygulayabileceğini düşünmeleri nedeni ile yardım istemediklerini belirttiler.

Verilen/Vereceklerini Düşündüğünüz Destek Yeterli mi /Yeterli Olur muydu

Şiddet gören kadınlara yardım istedikleri/isteyebilecekleri kişi veya kurumlar tarafından verilen ya da vereceklerini düşündükleri destek hakkında görüşleri sorulduğunda %65.2'si yeterli destek göremeyeceklerini , %28.3'ü kısmen görebileceklerini düşünürken sadece %4.3'ü tamamen yeterli bir şekilde destek görebileceğini belirtti.

Şiddet Konusunda İhtiyaç Duyulan Destekler

Fiziksel şiddet gören kadınlara ne tür desteklere ihtiyaç duydukları sorulduğunda %97.8'i olası bir karşı koyma veya ayrılma sonrasında tekrardan şiddet görme riskinin ortadan kaldırılması ve can güvenliğinin sağlanması konusunda ciddi ve güven verici bir desteğe ihtiyaç duyduklarını, %95.7'si çocuklarıyla ilgili güvenlik ve velayet konusunda desteğe ihtiyaç duyduklarını, yine %95.7'si maddi destek-iş bulma konusunda ve %93.5'inin barınma konusunda desteğe ihtiyacı duyduklarını belirttiler.

Şiddet Döngüsü

Eşi tarafından fiziksel şiddet gören kadınların %54.3'ünün eşlerinin çocuk/çocuklarına da şiddet uyguladığı tespit edildi. Bu oran eşine şiddet uygulamayanlarda %4.8 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.001$)

Yine fiziksel şiddet yaşanan evlerde, fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %63'ü çocukken anne veya babasından fiziksel şiddet görmüş veya şiddete tanık olmuştur. Bu oran fiziksel şiddete uğramayan kadınlarda %12.7 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.001$)

Fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin de %60.9'u çocukken anne veya babasından fiziksel şiddet görmüş veya şiddete tanık olmuştur. Bu oran fiziksel şiddet uygulamayan erkeklerde %12 bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.001$)

Kadınların Şiddete Bakışı

Çalışmaya katılan tüm gebelere erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulamasının haklı olduğu durumlar olup olmadığını sorduğumuzda kadınların %84.8'i haklı görülebilecek dayak yoktur şeklinde cevap verirken, %15.2'si ise bazı durumlarda erkeklerin eşlerini dövebileceklerini, bunun haklı görülebileceğini düşündüklerini söylediler.

Şiddeti haklı bulan gruptaki kadınların %91'i kadının erkeği aldatmasının, %68.8'i çocukların bakımını ihmal etmesinin, %60'ı cinsel ilişkiyi reddetmesinin, %59'u lüzumsuz para harcamasının, %48.8'i kocasına karşılık vermesinin, o öfkeliyken susmamasının, %4.4'ü ise yemeği yakması gibi küçük nedenlerin erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulaması için haklı, geçerli bir sebep olabileceğini düşünüyorlar.

Gebelik Döneminde Fiziksel Şiddet ve Kadınların Ruh Sağlığı

Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile ruhsal hastalık ilişkisine baktığımızda, kadının fiziksel şiddete uğruyor olmasının, ruhsal hastalık riskini arttırdığı tespit edildi. ($p=0.001$)

Ruhsal hastalıkların dağılımı ile fiziksel şiddet ilişkisine baktığımızda; major depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve BTA anksiyete bozukluğu ile fiziksel şiddet görüyor olma arasında anlamlı ilişki tespit edildi. (p değerleri sırasıyla < 0.001 , <0.001 , 0.035 ve 0.01)

Ayrıca bu ilişkinin tersine baktığımızda da, ruhsal hastalığı olan kadınların, ruhsal hastalığı olmayan kadınlara göre daha fazla fiziksel şiddete uğradığı tespit edildi. ($p=0.02$)

Psikolojik Şiddet

Çalışmaya katılan 297 gebenin 84'ü (%28.3) psikolojik şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.

Psikolojik şiddete maruz kalan gebelerin %98.8'i yapacakları için eşinden izin alması gerektiğini, %95.2'si eşinin kendisine yüksek sesle bağırdığını, tehdit ettiğini, sözünü dinlemezse, isteklerine uymazsa eşiyile sorun yaşayacağını,

%90.5'i eşinin giydiklerine karıştığını, %89.3'ü eşinin kendisiyle, görünümüyle veya yaptıklarıyla dalga geçtiğini, %84.5'i eşi tarafından evde ya da başkalarının yanında aşağılandığını, %50'si eşinin dayak ya da öldürmekle korkuttuğu, %22.6'sı eşinin kendisine olumsuz, aşağılayıcı nitelikte lakap taktığı, %3.6'sı ise eşinin kendisini silahla tehdit etmek suretiyle psikolojik şiddet uyguladığını belirtti.

Eşin Gündelik Yaşam Üzerindeki Denetimi

Katılımcılara, eşlerinin günlük hayatta davranışlarını denetlemeye yönelik davranışlarda bulunup bulunmadığını sorgulamak için çeşitli sorular soruldu. Kadınların % 12.1'i, eşinin, arkadaşları ile görüşmesine engel olmaya çalıştığını, %14.1'inin, kadının kendi ailesi veya akrabalarıyla görüşmesini kısıtlamaya çalıştığını, %30'u, normal bir endişe veya merak etmenin ötesinde ısrarcı bir şekilde nerede olduğunu öğrenmeye çalıştığını, %34'ü başka bir adamla konuşmasına kızacağını, %10.1'i ise eşinin sadakatsiz olmasından kuşkulandığını belirtti.

Gündüz komşu veya arkadaş ziyaretine giderken kadınların %26.9'u her zaman, %56.6'sı bazen eşinden izin alması gerektiğini belirtti. Kadınların sadece %15.8'i gündüz komşu veya arkadaş ziyaretine giderken izin almasının gerekmediğini belirtti. Burada izin alma, haber vermekten ziyade eşinin onayını almak zorunda olma durumunu ifade etmektedir.

Ailesini ziyarete giderken kadınların %36'sı her zaman, %56.6'sı bazen eşlerinden izin almaları gerektiğini belirtirken %5.4'ü izin almasının gerekmediğini, %0.7'si ailesini ziyarete gitmediğini, %1.3'ü ise mutlaka eşi ile birlikte gittiklerini belirtti.

Alışverişe-çarşıya giderken %36'sı her zaman, %56.6'sı bazen izin alırken, %4.4'ü izin almasına gerek olmadığını, %1'i gitmediğini veya eşiyle birlikte gittiğini belirtti.

Sinema veya tiyatro gibi etkinliklere giderken %35.7'sinin her zaman, %6.7'sinin bazen izin aldığı, %26.6'sının hiç gitmediği ve %31'inin her zaman eşi ile birlikte gittiği öğrenildi.

Başka bir köye veya şehre giderken %22.6'sı her zaman izin alması gerektiğini, %76.4'ü mutlaka beraber gideceklerini belirtti.

Psikolojik şiddet, ilişkili faktörler

Yaş dağılımı ile psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki saptanamadı, her yaş grubunda benzer oranlarda görülebiliyor.

Birlikte olduğu kişi tarafından psikolojik şiddete maruz kalan kadınların %41.7'si şehir merkezinde yaşıyor; ancak kenar mahallede yaşayanlarda psikolojik şiddete maruz kalma oranı %28.6 iken, psikolojik şiddet görmediğini söyleyenlerin oranı %4.2 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.001$)

Köyde doğan kadınların, diğer yerleşim yerlerinde doğanlara oranla daha fazla psikolojik şiddete uğradıkları tespit edildi. ($p=0.001$)

Eğitim seviyesi azaldıkça psikolojik şiddet oranı artıyor. Psikolojik şiddet gören kadınların % 56'sı 5 yıl veya daha az eğitim görmüş, %31'i ortaöğretim düzeyinde eğitim görmüştü. ($p<0.001$)

Psikolojik şiddete uğrayan kadınların %88.1'i gelir getiren bir işte çalışmazken, %10.7'si gelir getiren bir işte çalışıyor. ($p<0.001$)

Psikolojik şiddete uğrayan kadınların %28.6'sının sosyal güvencesinin olmadığı; bu oranın psikolojik şiddet görmeyenlerde %3.3 olduğu tespit edildi. ($p<0.001$)

Hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça, kadının psikolojik şiddet görme riskinin arttığı tespit edildi. Psikolojik şiddet görenlerin %36.9'u hanede 5 veya daha fazla kişi yaşıyorlar; psikolojik şiddet görmediğini söyleyen kadınlarda ise bu oran %7 ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi. ($p<0.001$)

Hanede, kişi başına düşen aylık gelir düzeyi azaldıkça psikolojik şiddet görme olasılığının arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Psikolojik şiddete uğrayan kadınların %89.3'ünün kendine ait düzenli gelirinin, %90.5'inin kendine ait ev, arsa, iş yeri gibi taşınmaz herhangi bir mal

varlığının olmadığı ve bu kadınlarda psikolojik şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu görüldü. ($p=0.001$)

Gelir durumundan memnuniyet derecesi azaldıkça psikolojik şiddet sıklığının arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Kadın – erkek arası gelir dağılımındaki farklılık ile psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamadı. ($p=0.997$)

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça psikolojik şiddet görme riskinin arttığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Kadının ilk evliliği olup olmadığı ile psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki saptanamadı. ($p=0.473$)

Erkeğin ilk evliliği değilse, daha çok psikolojik şiddet uyguladığı görüldü. ($p<0.001$)

Psikolojik şiddet görenlerin %17.9'u sadece imam nikahı ile evli ve bu grupta psikolojik şiddet görme ihtimali sadece resmi nikah veya imam nikahı ve resmi nikah ile evli olanlara göre daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Görücü usulü veya kaçarak, ailenin rızası olmadan gerçekleşen evliliklerde psikolojik şiddet görme riski, anlaşarak yapılan evliliklere göre yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Kadının sigara-alkol-madde alışkanlığı ile psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmadı. ($p=0.811$)

Psikolojik şiddet ile erkeklerin yaş dağılımı arasındaki ilişkiye baktığımızda, 40 yaş ve üstü erkeklerin, diğer yaş gruplarına göre daha çok psikolojik şiddet uyguladığı tespit edildi. ($p=0.001$)

Kadın-erkek arası yaş farkı ile psikolojik şiddet ilişkisine baktığımızda, kadın ile erkek arasındaki yaş farkı arttıkça, psikolojik şiddet görme riskinin arttığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Kadın ve erkeğin birlikte olduğu süre arttıkça, psikolojik şiddet görülme olasılığının da arttığı görüldü. ($p=0.002$)

Erkeğin eğitim düzeyi düştükçe, psikolojik şiddet uygulama riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Gelir getiren bir işte çalışmayan erkeklerin, çalışan erkeklere kıyasla psikolojik şiddet uygulama riskinin daha yüksek olduğu tespit edildi. ($p=0.001$)

Köyde doğan erkeklerin, diğer yerleşim yerlerinde doğan erkeklerden daha çok psikolojik şiddet uyguladığı görüldü. ($p=0.03$)

Alkol veya madde kullanımı olan erkeklerin psikolojik şiddet uygulama riskinin kullanmayanlara oranla daha fazla olduğu tespit edildi. ($p<0.001$)

Kumar alışkanlığı olan erkeklerin psikolojik şiddet uygulama riskinin, kumar oynamayan erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Adli/suç öyküsü olan erkeklerin psikolojik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu tespit edildi. ($p<0.001$)

Psikiyatrik tedavi veya psikiyatri servisinde yatış öyküsü olan erkeklerin psikolojik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Ev içinde konuşulan dil ile psikolojik şiddet arasındaki ilişkiye baktığımızda, Türkçe ve Kürtçe'nin birlikte konuşulduğu evlerde, psikolojik şiddet riskinin daha yüksek olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Gebelik sayısı ile psikolojik şiddet ilişkisine baktığımızda, beşinci veya daha fazla gebeliği olanlarda psikolojik şiddet görme riski, daha az gebeliği olanlara göre daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

Planlanmamış, istenmeyen gebeliği olanlarda, psikolojik şiddet görme riski daha yüksek bulundu. ($p<0.001$)

"Bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilir" diyen kadınların, "haklı görülebilecek dayak yoktur" diyen kadınlara kıyasla daha fazla psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edildi. ($p<0.001$)

Gebelik Döneminde Psikolojik Şiddet ve Kadınların Ruh Sağlığı

Ruhsal hastalığı olanların %63.9'unun eşi tarafından hakaret, aşağılanma ve küçük düşürücü davranışlar ve psikolojik şiddete maruz kaldığı öğrenildi. Bu oran ruhsal hastalığı olmayan grupta %7.9 olarak bulundu. ($p<0.001$)

Psikolojik şiddet gören kadınların %82.1'inde ruhsal hastalık olduğu, %17.9'unda herhangi bir ruhsal hastalık gelişmediği görüldü. Psikolojik şiddet görmeyenlerde ruhsal hastalık oranı ise %18.3 olarak bulundu. Psikolojik şiddet gören kadınlarda herhangi bir ruhsal hastalık görülme riski, psikolojik şiddet görmeyenlere göre daha yüksek bulundu. ($p=0.002$)

Psikolojik şiddet ile hastalıkların ilişkisine baktığımızda, major depresif bozukluk ($p<0.001$), travma sonrası stres bozukluğu ($p=0.001$), yaygın anksiyete bozukluğu ($p=0.015$), BTA anksiyete bozukluğu ($p=0.007$) ve somatoform bozukluklar ($p=0.024$) ile ilişkili olduğu görüldü.

Ekonomik Şiddet

Çalışmaya katılan 297 gebenin 59'u (%19.8) ekonomik şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.

Ekonomik şiddete uğrayan kadınların %98'i eşlerinin çalışmalarına engel olduğunu/olacağını, %93.2'si kişisel harcamaları için eşine hesap vermesi gerektiğini, %86.4'ü eşinin zaman zaman kendisine para vermediği, kısıtladığı ya da parasını elinden aldığını, %49.2'si ise ailenin geliri konusunda net bilgisinin olmadığını bildirdi.

Ekonomik şiddet gören kadınların %83.1'inde ruhsal hastalık tespit edildi. ($p=0.001$)

Ekonomik şiddet, ilişkili faktörler

Ekonomik şiddet – yaş ilişkisine baktığımızda, 18-24 yaş arası ve 40 yaş üstü grupta risk, diğer yaş gruplarına göre daha fazla bulunmuş. ($p=0.001$)

Kenar mahallede yaşıyor olmak, diğer yerleşim yerlerine kıyasla ekonomik şiddet görme riskini artırıyor. ($p<0.001$)

Kadının eğitim düzeyi düştükçe, ekonomik şiddete maruz kalma riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların daha çok ekonomik şiddete maruz kaldığı görüldü. ($p<0.001$)

Sosyal güvencesi olmayanlarda ekonomik şiddet görme riski, olanlara göre daha fazla bulundu. ($p<0.001$)

Hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça, kadının ekonomik şiddet görme olasılığının arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Hanede, kişi başına düşen aylık gelir düzeyi azaldıkça ekonomik şiddete maruz kalma riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Kendine ait düzenli bir geliri olan kadınların, olmayanlara kıyasla daha az ekonomik şiddete maruz kaldıkları görüldü. ($p<0.001$)

Kendine ait ev, arsa, işyeri gibi taşınmaz malı olmayanlarda, olanlara göre ekonomik şiddete maruz kalma riski daha fazla bulundu. ($p<0.001$)

Gelir durumundan memnuniyet düzeyi azaldıkça ekonomik şiddet riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Kadın/erkek gelir dağılımı ile ekonomik şiddete uğruyor olma arasında anlamlı ilişki saptanamadı. ($p=0.559$)

Medeni durum ile ekonomik şiddete uğruyor olma arasında anlamlı ilişki saptanamadı. ($p=0.171$)

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça, ekonomik şiddete maruz kalma riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Sadece imam nikahı ile evli olanlarda, resmi nikah veya imam+resmi nikahı olanlara göre ekonomik şiddete maruz kalma riski daha fazla bulundu. ($p<0.001$)

Kaçarak evlenen kadınların ekonomik şiddete maruz kalma risklerinin daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Sigara kullanımı ile ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmadı.
($p=0.798$)

Kadın – erkek arası yaş farkı arttıkça ekonomik şiddet riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Kadın ve erkeğin birlikte olduğu yıl sayısı arttıkça ekonomik şiddet riskinin arttığı görüldü. ($p<0.001$)

Erkeğin eğitim düzeyi azaldıkça, ekonomik şiddet riskinin arttığı görüldü.
($p<0.001$)

Erkeğin gelir getiren bir işte çalışmıyor olmasının, ekonomik şiddet davranışı sergileme riskini arttırdığı görüldü. ($p<0.001$)

Alkol ve/veya madde kullanım alışkanlığı olan erkeklerde ekonomik şiddet davranışı sergileme riskinin daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Kumar alışkanlığı olan erkeklerde ekonomik şiddet davranışı sergileme riskinin daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

Geçmişte aile içi şiddet dışında adli/suç öyküsü olanlarda ekonomik şiddet davranışı sergileme riskinin daha fazla olduğu görüldü. ($p<0.001$)

5. veya daha fazla gebeliği olanlarda risk daha fazla. ($p<0.001$)

Ekonomik şiddet gören kadınların %83.1'inde ruhsal hastalık tespit edildi.
($p=0.001$)

MDB, distimi ve BTA anx boz ile ekonomik şiddet arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

Cinsel Şiddet

Çalışmaya katılan 297 gebenin 18'i (%6.06) cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.

Cinsel şiddete uğrayan kadınların %94.4'ü eşi tarafından zorla, basılı tutularak ya da başka bir şekilde zarar vererek oral, vajinal ya da anal yoldan cinsel birlikteliğe zorlandığını, %72.2'si bunun dışında, başka bir şekilde zarar

vererek cinsel birlikteliğe zorlandığını, %50'si ise istemediği halde veya reddedemeyeceği bir durumda herhangi bir cinsel aktivite içinde bulunmaya zorlandığını bildirdi.

Çalışmaya katılan tüm kadınların %30.6'sı reddedeceğinde başına geleceklerden korktuğu için en az 1 kere bir cinsel aktiviteye razı olmak zorunda kaldığını belirtti. Bu oran cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda %94.4 olarak bulundu.

Cinsel şiddet ruhsal hastalık ilişkisine baktığımızda, ruhsal hastalığı olanların %16.7'sinin cinsel şiddete maruz kaldığını; cinsel şiddete maruz kalan 18 kadının tamamında en az bir psikiyatrik hastalık tespit edildi. ($p < 0.001$)

Cinsel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların %88.9'u aynı zamanda fiziksel şiddet de gördüğünü belirtmektedir. ($p < 0.001$)

Cinsel şiddet ile ilişkili faktörler

Yerleşim yeri ve cinsel şiddet arasındaki ilişkiye baktığımızda, kenar mahallede yaşayan kadınların diğer yerleşim yerlerine oranla daha çok cinsel şiddete maruz kaldığı görüldü. ($p < 0.001$)

Kadının eğitim düzeyi düştükçe cinsel şiddete maruz kalma riskinin arttığı görüldü. ($p < 0.001$)

Gelir getiren bir işte çalışıyor olmak cinsel şiddet riskini azaltıyor. ($p = 0.05$)

Kadının sosyal güvencesinin olmaması, cinsel şiddet riskini artırıyor. ($p < 0.001$)

Hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça cinsel şiddet görme riski artıyor. ($p = 0.012$)

Hanede kişi başına düşen aylık gelir azaldıkça cinsel şiddet görme riski artıyor. ($p < 0.001$)

Kendine ait düzenli bir geliri olanlarda cinsel şiddet görme riski azalıyor. ($p = 0.001$)

Kadının kendine ait ev, arsa, işyeri gibi taşınmaz malının olması cinsel şiddet riskini azaltıyor. (p=0.001)

Gelir durumundan hiç memnun olmayanlarda cinsel şiddet riski daha fazla. (p<0.001)

Kadın – erkek arası gelir dağılımı ile cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmadı. (p=0.313)

Cinsel şiddet ile medeni durum arasında anlamlı ilişki yok.(p= 0.889)

Çocuk sayısı arttıkça cinsel şiddet riskinin arttığı görüldü. (p=0.001)

Kadının ilk evliliği olup olmaması ile cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanamadı. (p=0.285)

Erkeğin ilk evliliği olup olmaması ile de cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanamadı. (p=0.214)

Sadece imam nikahı ile evli olanlarda, resmi nikah ya da resmi+imam nikahı olanlara göre cinsel şiddete uğrama riski daha yüksek. (p<0.001)

Kaçarak evlenenlerde, görücü usulü veya anlaşarak ve ailelerinin rızası ile evlenenlere göre cinsel şiddete maruz kalma riski yüksek. (p=0.006)

Sigara kullanımı ile cinsel şiddet arasında ilişki saptanamadı. (p=0.437)

Erkeklerde 18-24 yaş ve 40yaş ve üstü olmak üzere iki grupta cinsel şiddet uygulama riski yüksek bulunmuş. (p<0.001)

Kadın-erkek arası yaş farkı ile cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmadı. (p=0.115)

Birlikte olunan yıl arttıkça cinsel şiddet riskinin arttığı görüldü. (p=0.013)

Erkeğin eğitim seviyesi azaldıkça cinsel şiddet uygulama riskinin arttığı görüldü. (p<0.001)

Çalışmayan erkekler arasında cinsel şiddet uygulama riskinin, çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu görüldü. (p=0.002)

Erkeğin alkol ve/veya madde kullanıyor olmasının, cinsel şiddet riskini arttırdığı görüldü. (p<0.001)

Erkeğin, aile içi şiddet dışında adli/suç öyküsünün olması, cinsel şiddet riskini arttırdığı görüldü. (p<0.001)

Psikiyatrik tedavi öyküsü olan erkeklerin cinsel şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu görüldü. (p<0.001)

Psikiyatri servisinde yatış öyküsü olan erkeklerin cinsel şiddet uygulama riski daha fazla. (p=0.004)

Evde konuşulan dil Türkçe+Kürtçe ya da Türkçe+Arapça olanlarda, sadece Türkçe konuşulan evlere kıyasla cinsel şiddet görme riskinin daha yüksek olduğu görüldü. (p<0.001)

Gebelik sayısı ile cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanamadı. (p=0.053)

Planlanmayan/istenmeyen gebeliklerde cinsel şiddet riskinin daha fazla olduğu görüldü. (p=0.001)

Erkeğin bazı durumlarda kadına fiziksel şiddet uygulayabileceğini söyleyen kadınlarda cinsel şiddete uğrama olasılığının daha yüksek olduğu görüldü. (p<0.001)

Bir kadının cinsel şiddete uğraması, ruhsal hastalık gelişme riskini büyük ölçüde artırıyor. (p<0.001)

Ruhsal hastalıklardan MDB, PTSS ve BTA anksiyete bozukluğu, cinsel şiddet ile ilişkili bulunmuş. (p değerleri sırasıyla <0.001, 0.001 ve 0.002)

Ruhsal Hastalıklar ve İlişkili Faktörler

Evlilik yaşı ile ruhsal hastalık arasındaki ilişkiye baktığımızda, on sekiz yaşından önce evlilik yapan kadınlarda ruhsal hastalık sıklığının arttığını görmekteyiz. (p=0.001)

Yaş grupları veya eğitim düzeyleri ile ruhsal hastalık gelişimi arasında anlamlı ilişki saptanamadı.

Haneye giren aylık net gelir azaldıkça ruhsal hastalık görülme sıklığının arttığı tespit edildi. (p=0.001)

Kişi başına düşen aylık gelir azaldıkça, ruhsal hastalık görülme riskinin arttığı görüldü. (p=0.02)

Medeni durum ile ruhsal hastalık arasında ilişki saptanamadı.(p=0.401)

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığı saptandı. (p=0.001)

Kadın ve erkek arasındaki yaş farkı arttıkça, kadınlarda ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığı tespit edildi. (p=0.008)

Birlikte olunan süre uzadıkça ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığı tespit edildi. (p=0.01)

Eşi bir işte çalışmayan kadınlarda ruhsal hastalık görülme olasılığı daha yüksek bulundu. (p=0.001)

Eşinde alkol veya madde bağımlılığı olan kadınlarda ruhsal hastalık görülme riskinin arttığı tespit edildi. (p<0.001)

Eşinde kumar alışkanlığı olan kadınlarda ruhsal hastalık görülme riskinin arttığı tespit edildi. (p=0.005)

Eşinde adli suç öyküsü olan kadınlarda ruhsal hastalık görülme riskinin arttığı tespit edildi. (p<0.001)

Geçmişte düşük veya ölü doğum yapan kadınlarda da ruhsal hastalık görülme riskinin daha yüksek olduğu görüldü. (p=0.01)

Kadının birlikte olduğu kişi tarafından psikolojik, fiziksel, ekonomik veya cinsel şiddete uğruyor olması ile ruhsal hastalık gelişimi arasında anlamlı ilişki tespit edildi. (p<0.001)

Ruhsal Hastalıkların Dağılımı

Major Depresif Bozukluk

Çalışmaya katılan tüm gebelerde (n=297), en sık görülen ruhsal bozukluk major depresif bozukluktu. Tüm gebelerde görülme oranı %21.21 iken, tüm ruhsal hastalıkların ise %58.3'ünü oluşturuyordu.

Major depresyon tespit edilen kadınların %38.1'i 25-30 yaş arasındaydı.

MDB tespit edilen kadınların %39.7'si şehir merkezinde, %36.5'i ise kenar mahallelerde yaşamaktaydı, köy ve ilçelerde yaşayanlarda MDB görülme sıklığı daha düşüktü. (p=0.001)

MDB görülenlerin %66.7'si 5 yıl veya daha az eğitim görmüştü. (p=0,001), %87.3'ü çalışmıyor ve %65.1'inin kişi başına düşen aylık geliri 500 tl veya altındaydı. Kendine ait düzenli geliri olmayanlarda daha sık olduğu görüldü. (p=0.004)

Major depresyonu olan kadınların %71.4'ünde (n=45) sürekli kontrol ve tedavi gerektiren kronik bedensel bir hastalık olduğu tespit edildi.

Major depresyonu olan kadınların %61.9'u görücü usulü evlenmiş (p<0.001)

Major depresyonu olan kadınların %33.3'ünün eşinin 40 yaş ve üstü olduğu (p<0.001)

Major depresyonu olan kadınların %47.6'sında eşi ile aralarında 4-6 yaş farkı, %34.9'unda ise 7-9 yaş fark olduğu tespit edildi. (p=0.009)

Major depresyonu olan kadınların %68.3'ünün eşinde kronik bedensel hastalık var fakat istatistiksel olarak anlamsız bulundu. (p=0.163)

Major depresyonu olan kadınların %20.6'sının eşinde kumar alışkanlığı var, bu oran MDB'si olmayanlarda %5.1 olarak tespit edildi. (p<0.001)

%50.8'inin eşinin aile içi şiddet dışında adli suç öyküsü var. Bu oran MDB'si olmayan grupta %6.4. (p<0.001)

%23.8'inin eşinin psikiyatrik tedavi öyküsü var; bu oran MDB'si olmayan grupta %5.6 ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş. (p=0,004)

%41.3'ü en az 5. Gebeliği olan kadınlardı(gebelik sayısı arttıkça risk artıyor) (p<0.001)

Major depresyonu olan kadınların %84.1'i psikolojik şiddete maruz kalmış (p<0.001), %55.6'sı fiziksel şiddete maruz kalmış (p<0.001), %60.3'ü ekonomik şiddete maruz kalmış (p<0.001), %25.4'ü cinsel şiddete maruz kalmış. (p<0.001)

Bipolar Bozukluk

Çalışmamızda sadece 1 tane bipolar bozukluk tanısı olan gebe tespit ettik. Tüm ruhsal hastalıkların 0.9'unu temsil ediyordu.

Distimi

Çalışmamızda 4 gebeye distimi tanısı konmuş olup, tüm gebelerde görülme sıklığı %1.34, psikopatoloji tespit edilenler arasındaki oranı ise %3.7 olarak tespit edildi.

Psikotik Bozukluklar ve Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları

Çalışmamızda herhangi bir psikotik bozukluk veya alkol-madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan gebeye rastlanmadı.

Panik Bozukluk

Çalışmamıza katılan gebelerde panik bozukluk sıklığı %3.7, psikiyatrik hastalığı olan grubun da %10.2'sini panik bozukluk hastaları oluşturmaktadır.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Çalışmamıza katılan gebelerden 6 tanesinde (%2.02) obsesif bozukluk tanısı tespit edilmiş olup, ruhsal hastalıkların %5.6'sını oluşturmaktaydı.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çalışmaya katılan kadınların 10 tanesinde (%3.3) travma sonrası stres bozukluğu tespit edilmiş olup, bunlardan 1 tanesi geçmiş trafik kazası, 1 tanesi

yakınının ölümüne tanık olma, geriye kalan 8 tanesi ise eşinden gördüğü şiddetle ilişkili travma sonrası stres bozukluğu belirtileri tarif etmekteydi.

TSSB' si olan kadınların %50'sinin eşinin aile içi şiddet dışında adli suç öyküsü varken, bu oran TSSB tanısı olmayan kadınlarda %14.6 olarak bulundu. (p=0.01)

TSSB tanısı alan kadınların %50'sinin eşinin psikiyatrik tedavi öyküsü var iken bu oran TSSB' si olmayanlarda %8 olarak saptandı. (p=0.001)

TSSB tanısı alanların %20'sinin eşinin psikiyatri servisinde yatış öyküsü var, bu oran TSSB tanısı olmayan kadınlar arasında %1.7 olarak tespit edildi. (p=0.015)

TSSB olanların %50'sinin 5. Veya daha fazla gebeliği, TSSB olmayanlarda bu oran %11.8. (p=0.004)

TSSB tanısı olanların %60'ının gebeliğinin istenmeyen-planlanmayan bir gebelik olduğu görüldü. Bu oran TSSB olmayanlarda %19.5 olarak bulundu. (p=0.006)

TSSB tanısı alanların %80'i psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Bu oran TSSB tanısı olmayanlarda %26.5 olarak bulunmuş. (p=0.001)

TSSB tanısı alanların %80'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu oran TSSB tanısı olmayanlarda %13.2 olarak bulunmuş. (p=0.001)

TSSB tanısı alanların %60'i ekonomik şiddete maruz kalmakta, TSSB tanısı olmayanlarda bu oran %18.5 olarak tespit edilmiş. (p=0.005)

TSSB tanısı alanların %40'ı cinsel şiddete maruz kalmakta, TSSB tanısı olmayanlarda bu oran %4.9 olarak tespit edilmiş. (p=0.001)

Sosyal Fobi – Özgül Fobi

Çalışmamıza katılan hastaların 4 tanesi (%1.34) sosyal fobi, 4 tanesi de özgül fobi (%1.34) için tanı kriterlerini karşılamaktaydı.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Çalışmaya katılan hastaların %3.03'ünde (n=9) yaygın anksiyete bozukluğu tespit edilmiş olup, sadece psikiyatrik hastalığı olanların %8.3'ünü oluşturmaktadır.

YAB olanların %55.6'sının 5. Veya daha fazla gebeliği, YAB olmayanlarda bu oran %11.8; yani gebelik sayısı arttıkça YAB'nun görölme sıklığına arttığı tespit edildi. (p=0.004)

YAB tanısı alanların %66.7'si psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Bu oran YAB tanısı olmayanlarda %27.1 olarak bulunmuş. (p=0.015)

YAB tanısı alanların %44.4'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu oran YAB tanısı olmayanlarda %14.6 olarak bulunmuş. (p=0.035)

Başka Türöl Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Çalışmaya katılan gebelerin %5.7'sinde (n=17) BTA anksiyete bozukluğu tespit edilmiş olup tüm ruhsal hastalıkların %15.7'sini oluşturmaktaydı.

BTA anksiyete bozukluğu olanların %35.3'ünün beşinci veya daha fazla gebeliği, BTA anksiyete bozukluğu olmayanlarda bu oran %11.8. (p=0.034)

BTA anksiyete bozukluğu tanısı olanların %58.8'inin gebeliğinin istenmeyen-planlanmayan bir gebelik olduğu görüldü. Bu oran BTA anksiyete bozukluğu olmayanlarda %18.6 olarak bulundu. (p<0.001)

BTA anksiyete bozukluğu tanısı alanların %58.8'ii psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Bu BTA anksiyete bozukluğu tanısı olmayanlarda %26.4 olarak bulunmuş. (p=0.007)

BTA anksiyete bozukluğu tanısı alanların %47.1'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu oran BTA anksiyete bozukluğu tanısı olmayanlarda %13.6 olarak bulunmuş. (p=0.001)

BTA anksiyete bozukluğu tanısı alanların %52.9'u ekonomik şiddete maruz kalmakta, BTA anksiyete bozukluğu tanısı olmayanlarda bu oran %17.9 olarak tespit edilmiş. (p=0.002)

BTA anksiyete bozukluğu tanısı alanların %29.4'ü cinsel şiddete maruz kalmakta, BTA anksiyete bozukluğu tanısı olmayanlarda bu oran %4.6 olarak tespit edilmiş. (p=0.002)

Somatoform Bozukluklar

Tüm gebelerin %0.67'sinde (n=2) somatoform bozukluk tespit edildi. (1 somatizasyon bozukluğu , 1 konversiyon bozukluğu)

Uyum Bozuklukları

Çalışmaya katılan gebelerin %1.01'inde uyum bozukluğu tespit edildi. (n=3)

Yeme Bozuklukları

Çalışmamızda yeme bozukluğu olan gebe tespit edilmedi.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, gebelik döneminin sadece son üç ayını çalışmamıza dahil etmemizin amacı, gebelikte yaşanan şiddet deneyimleri ve bunlarla ilişkili olabileceğini düşündüğümüz ruhsal hastalıkları mümkün olduğunca tespit edebilmek; erken gebelik haftalarında olmayıp daha sonra ortaya çıkabilecek şiddet veya ruhsal hastalıkların araştırma dışında kalmasını önlemektir.

Kabullenmesi ve paylaşılması zor bir konu olan kadına yönelik şiddet konusunda anlamlı bilgi üretebilmek için bu konuya odaklanan özel çalışmalar yapma gerekliliği pek çok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır. Bilinenin aksine gebelik dönemi ne ruhsal hastalıklardan ne de kadını şiddetten koruyan bir dönem değildir.

Bizim çalışmamızın temel bulgusu ülkemizde gebelik döneminde kadına yönelik her türlü şiddetin yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Tüm kadınların %31.9 'u (n=95) dört şiddet türünden en az birisine maruz kalmaktadır. Gebelerin 46'sının (%15.4) mevcut gebeliği süresi içinde en az bir kez, birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete, 84'ünün (%28.3) psikolojik şiddete, 59'unun (%19.8) ekonomik şiddete ve 18'inin (%6.06) cinsel şiddete maruz kaldığı öğrenildi. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar gebelik döneminde kadına yönelik fiziksel şiddetin %4-40 arasında değiştiğini göstermektedir¹⁷⁷. DSÖ'nün çalışmasında fiziksel şiddet yaygınlığı için %13-61 arasında değişen oranlar bildirilmiştir³⁷. Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %24.8 bulunmuş, gebelik öncesi fiziksel şiddete uğrayanların %30.3'ünün gebeliğinde de fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır⁶⁹.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet - 2015 araştırmasında, Türkiye genelinde, en az bir kez gebe kalmış kadınların yüzde 8'inin gebeliği sırasında eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kaldığı tespit edilmiş⁴⁰.

Kadına yönelik aile içi şiddet gerek yaygınlığı, gerekse de kısa ve uzun vadeli beden ve ruh sağlığı üzerine etkileri nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur³⁸.

Kadına yönelik şiddet, özellikle de gebelik döneminde maruz kalınan şiddet tüm dünyada giderek önemli bir sorun olarak kabul ediliyor⁴¹.

Çalışmamızda tespit ettiğimiz temel bulguların başında kadınların evlilik yaşı ile şiddet arasındaki ilişki gelmektedir. On sekiz yaş öncesinde evlilik yapan kadınlarda psikolojik, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddet görülme riskinin arttığını görmekteyiz. Evlilik yaşı, evliliğin kuruluşu açısından en temel belirleyici olup, erken yaşta yapılan evliliklerin kadınları hem şiddete maruz kalma, hem de şiddetle mücadele etme açılarından daha savunmasız hâle getirdiği bilinmektedir⁴⁰.

Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu'na göre kadınlar ve erkekler evlenmek için 17 yaşını doldurmak zorundadır ve ailelerin çocuklarını 15 yaşından önce evlendirmeleri suç kapsamındadır. Bu Kanun'lar ile kadınlar ve çocuklar koruma altına alınmış olmasına rağmen, erken yaşta evlilikler hâlen güncelliğini korumaya devam etmektedir. Erken yaşta evliliklerin sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında, ülke açısından önemli bir sorun olduğu ortadadır. Türkiye gibi evlilik içi doğurganlığın yüksek olduğu ülkelerde, erken yaşta yapılan evliliklerde kadınlar, daha erken doğurganlık riski altına girdikleri için, bu durumun kadınların sağlığı üzerinde ciddi ve olumsuz sonuçları söz konusudur⁴⁰.

Erken yaşta evlenmek kadınların eğitime devam etmelerine engel olmakta, eğitimi daha az olan kadınların da daha erken yaşlarda evlendikleri görülmektedir⁴⁰.

Çalışmamızda da benzer şekilde 18 yaşından önce evlenen kadınların daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip oldukları görüldü. Erken yaşta yapılan evlilikler konusunda toplumsal bilinçlenme ve daha ciddi kanunların devreye konması gerekliliği gündeme gelmektedir.

Gebelik sırasında fiziksel şiddete maruz kalma yüzdesi, kadınların eğitim ve refah düzeyine göre değişmektedir. Çalışmamızda kadının fiziksel şiddete maruz kalması ile düşük eğitim düzeyi, işsizlik, sosyal güvencenin olmaması, hanede yaşayan kişi sayısının çokluğu, gelir düzeyinin düşük olması, kadın ve erkek arası yaş farkının fazla olması, erkeğin eğitim düzeyinin düşük olması,

çalışmaması, alkol veya madde kullanımı, kumar oynama gibi alışkanlıklarının olması, aile içi şiddet dışında adli suç öyküsünün olması, gebeliğin planlanmamış bir gebelik olması ve bebeğin cinsiyetinin kız olması ile fiziksel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet - 2015 araştırmasında, katılımcılardan lisans ve üzeri eğitimi olan kadınlar arasında ve refah düzeyi daha yüksek hanelerde yaşayan kadınlar arasında gebelik sırasında şiddet yaşama yüzdesinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Yapılan farklı çalışmalarda, kadınların aileye kocalarından daha çok gelir getirmesinin, fiziksel şiddet riskini en az iki misli arttırdığı görülmüş ancak biz çalışmamızda kadın ve erkeğin gelir düzeyi farklılıkları ile şiddet arasında anlamlı ilişki tespit etmedik. Erkeğin alkol, madde kullanımı, kumar oynaması veya adli bir olaya karışması gibi kötü alışkanlık olarak tanımlanan davranışları genellikle şiddetle ilişkilendirilmekte ve kadına yönelik şiddetin nedenleri arasında sık sık gündeme getirilmektedir^{40,43}.

Fiziksel Şiddet

Birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete uğradığını belirten kadınların, %97.8'inin yaralama veya uzun süreli acıya neden olmayan tokatlama, itme gibi davranışlara maruz kaldığı, %67.4'ünün yumruklama, tekmeleme, yaralar veya kesiklere neden olan şiddete maruz kaldıkları, %37'sinin yanık, kemik kırılması gibi daha ciddi sonuçlara yol açacak şiddete maruz kaldıkları, %8.7'sinin silah ile şiddet tehdidinde maruz kaldığı ve %6.5'inin baş ve/veya organ yaralanmasına neden olacak türden şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Çalışma grubumuzda silahla yaralanma şeklinde şiddete maruz kalan kadın yoktu. Gerek Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet - 2015 araştırmasında gerekse farklı çalışmalarda Türkiye genelinde en yaygın karşılaşılan fiziksel şiddet içeren davranışın "tokat atma ya da bir şey fırlatma" davranışı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, kadınların maddi sorunlar, kıskançlık, kadın ve/veya erkeğin ailesi ile ilgili sorunlar, işle ilgili sorunların eve taşınması, kumar/alkol ya da madde alışkanlığıyla ilgili sorunlar, cinsel sorunlar, çeşitli küçük nedenler, ev ve çocuklar ile ilgili sorumluluklar, görüşülen kişiler ve giyim tarzı

ile ilgili sorunlar nedeniyle eşlerinden fiziksel şiddet gördüğünü bildirdi. Dini görüşlerin farklılığı nedeni ile şiddet gördüğünü bildiren katılımcı yoktu.

Çalışmamızda tespit ettiğimiz bir diğer nokta, fiziksel şiddet gören kadınların büyük kısmının şiddet karşısında sessiz kaldığı, şiddet riskini azaltmak için eşinin isteklerine göre davrandığı, daha az bir kısmının şiddete karşılık olarak sözel şiddet kullandığı, sesini yükselttiği, evden kaçtığı görüldü. Kadınların çok az kısmının yasal kurumlara başvurduğu görüldü. Fiziksel şiddet gören kadınların %4.3'ünün ise fiziksel şiddetle karşılık verdiği görüldü.

Çalışmamızda, şiddet görenlerin %30.4'ünün gördükleri şiddetten şu ana kadar kimseye bahsetmedikleri, kimseden yardım istemedikleri görüldü. Altınay ve Arat'ın 2008'de yaptıkları alan çalışmasında da Türkiye örneğinde kadınların %49'unun, doğu örneğinde ise %63'ünün gördükleri şiddetten daha önce kimseye bahsetmedikleri tespit edilmiş. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet - 2015 araştırmasında da bu oran %44 bulunmuş.

Akyüz ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada, hekim tarafından sorulmadıkça aile içi şiddetten söz etmeyen, sınırlı bilgi veren ya da saklamayı tercih eden hastaların oranı %98 olarak tespit edilmiş. 2006'da yapılan bir çalışmada bu oran %62 bulunurken, 2010 yılında yapılan bir çalışmada %64 bulunmuş^{32,33}. Burada tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düştüğünü söyleyebiliriz. Özellikle ruh sağlığı çalışanları ayaktan ya da yatırılarak tedavi edilen kadın hastaların tümünde aile içi şiddeti rutin olarak araştırmalı; şiddetin bir türü saptandığında mutlaka diğer türlerini de sorgulamalıdır.

Şiddet deneyimlerini paylaşanların %69.6'sı kendi ailesine, %32.6'sı komşu veya arkadaşlarına haber vermiş, %23.9'u güvenlik güçlerine, %8.7'si avukat veya mahkemelere, %4.3'ü sağlık personeline bilgi vermiş veya yardım istemiş. Yani, şiddet gören 3 kadından biri, eşinden gördüğü şiddetle tek başına mücadele etmek durumunda kalmakta, şiddet gördüğünü kimseye anlatamamaktadır. Resmi kurumlara başvuranların oranı ise çok daha azdır.

Şiddet mağdurlarının bu alandaki yalnızlıkları, üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak kendini göstermektedir.

Uğradığı şiddeti birilerine anlatan kadınların büyük kısmının yatıştırılıp katlanmaya devam etmesi mesajının verilmesi veya kadını suçlayıcı tutumların sergilenmesi, ilgilenilmemesi gibi nedenlerle kadınlar şiddet karşısında kendilerini savunmasız ve desteksiz hissetmektedir. Bu da kadınların şiddete karşı koyamamasına ve şiddetin artarak devam etmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda, şiddet gören kadınların sadece %4.3'ünün yakınlarının şiddete karşı koymasını, ayrılmasını önerdiği ve gerekli her türlü desteği vereceklerini söyledikleri görüldü.

Kadınlara fiziksel şiddete karşı koyma zorluğu yaratan durumlar sorulduğunda %84.8'i ekonomik, %78.3'ü barınma, %63'ü çocuklarla ilgili, %50'si şiddetin bitmeyeceği/artabileceği endişesi, %47.8'i ailenin desteklememesi, baskısı ve toplumsal kaygı, %26.1'i eşini sevmesi, %19.6'sı eşinin değişebileceği beklentisi ve %4.3'ü ise kendini suçlu görmesi nedeni ile şiddete karşı koymakta zorlandığını ifade etti. Burada kadınlara verilen eğitim ve iş imkanlarının iyileştirilmesi, geçinme, barınma gibi olanakların sağlanması durumunda kadınların şiddete daha fazla karşı koyabileceği düşünülebilir.

Fiziksel şiddet gören kadınların büyük kısmı, yardım istedikleri veya isteyebilecekleri kişi veya kurumların verdikleri ya da vereceklerini düşündükleri desteğin yeterli olmayacağını düşündükleri görüldü.

Şiddet karşısında herhangi bir yardım arayışına girmeyen kadınlar bu duruma şiddetin çok sık olmadığı, yardım arasalar da mevcut durumun değişebileceğini düşünmedikleri veya bu durumun normal olabileceği, erkeklerin zaman zaman eşlerine fiziksel şiddet uygulayabileceği gibi nedenler ileri sürdüler.

Tüm katılımcılara, dayığa ilişkin fikirleri sorulduğunda, "bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilir" diyen kadınların, "haklı görülebilecek dayak yoktur" diyen kadınlara göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları görüldü, bu da şiddet gören kadınların durumu normalize etme eğiliminde olabileceğini göstermektedir.

Şiddet gören kadınların çok büyük bir kısmının olası bir karşı koyma veya ayrılma sonrasında tekrardan şiddet görme riskinin ortadan kaldırılması ve can güvenliğinin sağlanması, çocuklarıyla ilgili güvenlik ve velayet konusunda destek, maddi destek-iş bulma ve barınma konusunda ciddi ve güven verici desteklere ihtiyaç duydukları görüldü. Bu konuda gerek devlet kurumlarına, gerek sivil toplum kuruluşlarına gerekse biz sağlıkçılara önemli görevler düşmektedir.

Şiddet yaşamak ve yaşatmak ile çocukken şiddete maruz kalmak veya tanık olmak arasında azımsanmayacak bir ilişki görülmektedir ⁴⁴.

Çalışmamızda, fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin yarısından fazlasının, çocuk/çocuklarına da şiddet uyguladığı tespit edildi. Ayrıca; gerek kadının gerekse erkeğin çocukken anne veya babasından fiziksel şiddet görmüş olması veya aile içinde şiddete tanık olmuş olması, aile içi fiziksel şiddet riskini arttıran önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok çalışmada bu döngü gösterilmiş ve şiddet döngüsü olarak isimlendirilmiştir. Yani, çocukken tanık olunan şiddet, erkeklerin şiddet uygulama olasılığını, kadınların da maruz kalma olasılığını önemli ölçüde arttırıyor görünmektedir. Çalışmamızda fiziksel şiddete maruz kalan kadınların çocuklarının da büyük kısmının en az bir kez şiddete tanık oldukları tespit edildi. Bu da şiddetin kuşaklar arası aktarılması ve baş etmede güçlükler yaşanmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızdaki bir diğer temel sonuç da gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının şiddetle yakından ilişkili olduğudur.

Kadının birlikte olduğu kişi tarafından psikolojik, fiziksel, ekonomik veya cinsel şiddete uğruyor olmasının, ruhsal hastalık gelişimini önemli ölçüde arttırdığını görmekteyiz.

Çalışmamızda, şiddetin dört türünün de gebelik döneminde ruhsal hastalık görülme riskini arttırdığını görmekteyiz. Şiddet ile ilişkili ruhsal hastalıklara baktığımızda en çok major depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu görmekteyiz. Kadınların gebelik döneminde maruz kaldıkları şiddet beden sağlıkları için olduğu kadar ruh sağlıkları için de büyük bir tehlike oluşturmaktadır. Kadınların bu dönemde yaşadığı ruhsal sorunlar doğum öncesi bakımın ihmal edilmesi,

yetersiz beslenme, olumsuz fetal ve yenidoğan sonuçlarına yol açtığını bilmekteyiz.

Gebelik döneminde kadına uygulanan aile içi şiddetin, depresyon gelişimi için önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu , gebelik depresyonunun da fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorun olduğunu bilmekteyiz. Ayrıca, yapılan çalışmalar doğum sonrası depresyonun en güçlü öngörücüsünün gebelik depresyonu olduğunu göstermektedir. Yine gebelik sırasında yaşanan anksiyetenin de, postpartum depresyonun habercisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Kadınların yaşadığı fiziksel veya cinsel şiddet deneyimleri de TSSB gelişimi açısından önemli etkenlerdir. Bu nedenle TSSB benzeri belirtiler ile başvuran kadınlarda şiddet maruziyetinin sorgulanmasının büyük önemi vardır.

Doğurganlık döneminde kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularının en önde gelen nedeni olan gebelik, gerek kadına yönelik şiddet gerekse kadın ruh sağlığı hakkında değerlendirilmelerin yapılması konusunda bir çok kadın için önemli bir fırsattır.

Kadına yönelik şiddet ve bunun kadın ruh sağlığı üzerine etkilerinin etkin biçimde önlenmesi için öncelikle toplumsal cinsiyet normları ve eşitsizlikleri üzerine ışık tutmak hayati önem taşımaktadır.

Kadınların Şiddete Bakışı

Çalışmaya katılan tüm gebelere erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulamasının haklı olduğu durumlar olup olmadığını sorduğumuzda kadınların %84.8'i haklı görülebilecek dayak yoktur şeklinde cevap verirken, %15.2'si ise bazı durumlarda erkeklerin eşlerini dövebileceklerini, bunun haklı görülebileceğini düşündüklerini söylediler.

Kadınların %13.8'i kadının erkeği aldatmasının, %10.4'ü çocukların bakımını ihmal etmesinin, %9.1'i cinsel ilişkiyi reddetmesinin, %9'unun lüzumsuz para harcamasının, %7.4'ü kocasına karşılık vermesinin, o öfkeliyken susmamasının, erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulaması için haklı, geçerli bir sebep olabileceğini düşünüyorlar.

Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddete baktığımızda, çalışmamızda kadınların 84'ünün (%28.3) gebeliği süresince psikolojik şiddete maruz kaldığını tespit ettik.

DSÖ'nün yaptığı çalışmada %20-75 arasında değişen yaygınlık bildirilirken, Türkiye'de KSGM'nin yaptığı çalışmada ruhsal şiddet yaygınlığı %44 bulunmuştur^{42,43}.

Çalışmamızda, gerek kadının gerekse erkeğin düşük eğitim düzeyine sahip olması, işsizlik, gelir düzeyinin düşük olması, erkeğin alkol, madde veya kumar oynama alışkanlığının olması, sadece imam nikahı ile evli olmak, evliliğin kaçarak, ailenin rızası dışında gerçekleşmiş olması ve mevcut gebeliğin planlanmamış bir gebelik olması ile psikolojik şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Psikolojik şiddete maruz kalan gebelerin %98.8'i yapacakları için eşinden izin alması gerektiğini, %95.2'si eşinin kendisine yüksek sesle bağırdığını, tehdit ettiğini, sözünü dinlemezse, isteklerine uymazsa eşiyile sorun yaşayacağını, %90.5'i eşinin giydiklerine karıştığını, %89.3'ü eşinin kendisiyle, görünümüyle veya yaptıklarıyla dalga geçtiğini, %84.5'i eşi tarafından evde ya da başkalarının yanında aşağılandığını, %50'si eşinin dayak ya da öldürmekle korktuğu, %22.6'sı eşinin kendisine olumsuz, aşağılayıcı nitelikte lakap taktığı, %3.6'sı ise eşinin kendisini silahla tehdit etmek suretiyle psikolojik şiddet uyguladığını belirtti. Bir çok kişi tarafından önemsenmeyen, görmezden gelinen psikolojik şiddet kadınların özgürlüğünü kısıtlayan, kendi giyimi, davranışları, görünümü hakkında karar vermesini engelleyen bir tür insan hakları ihlali olarak sıkça karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda kadının psikolojik şiddete maruz kalmasının ruhsal hastalık gelişme riskini arttırdığını görmekteyiz.

Kadınların yaşamlarını kontrol edici davranışlar duygusal şiddetin/istismarın bir parçası olup genellikle diğer şiddet biçimleri ile ilişkilidir⁴⁴. Katılımcılara, eşlerinin günlük hayatta davranışlarını denetlemeye yönelik davranışlarda bulunup bulunmadığını sorgulamak için çeşitli sorular soruldu. Kadınların % 12.1'i, eşinin, arkadaşları ile görüşmesine engel olmaya

çalıştığını, %14.1'inin, kadının kendi ailesi veya akrabalarıyla görüşmesini kısıtlamaya çalıştığını, %30'u, normal bir endişe veya merak etmenin ötesinde ısrarcı bir şekilde nerede olduğunu öğrenmeye çalıştığını, %34'ü başka bir adamla konuşmasına kızacağını, %10.1'i ise eşinin sadakatsiz olmasından kuşkulandığını belirtti.

Gündüz komşu veya arkadaş ziyaretine giderken kadınların %26.9'u her zaman, %56.6'sı bazen eşinden izin alması gerektiğini belirtti. Kadınların sadece %15.8'i gündüz komşu veya arkadaş ziyaretine giderken izin almasının gerekmediğini belirtti. Burada izin alma, haber vermekten ziyade eşinin onayını almak zorunda olma durumunu ifade etmektedir.

Ailesini ziyarete giderken kadınların %36'sı her zaman, %56.6'sı bazen eşlerinden izin almaları gerektiğini belirtirken %5.4'ü izin almasının gerekmediğini, %0.7'si ailesini ziyarete gitmediğini, %1.3'ü ise mutlaka eşi ile birlikte gittiklerini belirtti.

Ekonomik Şiddet

Kadına yöneltilen bir diğer şiddet türü de ekonomik şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda ekonomik şiddet yaygınlığı %19.8 (n=59) olarak bulundu. Düşük eğitim düzeyi, hanede yaşayan kişi sayısının fazlalığı, gelir düzeyinin düşük olması, eşin alkol veya madde kullanımı ve kumar oynama alışkanlığının olması ekonomik şiddeti arttıran etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ekonomik şiddetin yaygınlığı %36-40 olarak bildirilmiştir⁴³.

Güler ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada aile içi şiddeti arttıran olayların başında ekonomik yetersizliklerin geldiği görülmüş⁴⁶. Yani, bir ailenin maddi sorunlar yaşıyor olması bir yandan ekonomik şiddete neden olurken, diğer yandan da aile içi fiziksel şiddet yaşanmasını da artırıyor görünmektedir. Bizim çalışmamızda da hangi konularda sorun yaşandığında eşlerinin fiziksel şiddete başvurduğu sorulduğunda katılımcılar, en sık etkenin maddi sorunlar olduğunu belirtti.

Cinsel Şiddet

Bizim çalışmamızda gebelik döneminde cinsel şiddetin yaygınlığı %6.06 (n=18) bulundu. DSÖ'nün çalışmasında cinsel şiddet yaygınlığı için %6-59 arasında değişen oranlar bildirilirken, Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsel şiddet yaygınlığının %9-15 olduğu belirlenmiştir. Ancak utanma nedeniyle saklama, ensestini aile sırrı olarak görülmesi, özellikle geleneksel toplumlarda kadının kendisini eşinin her talebini kabul etmeye zorunlu hissetmesi ve eşinin cinsel şiddet olarak kabul edilebilecek davranışlarını sorun olarak dillendirmemesi gibi nedenlerden dolayı bu oranların gerçeği ne ölçüde yansıttığı kuşkuludur ^{45, 46}.

Altınay ve Arat'ın 2008'de yaptığı çalışmada, görüşülen kadınların %14'ünün en az bir kez istemediği zamanda cinsel ilişkiye zorlandığı görülmüş. Yine aynı çalışmada katılımcıların %4'ünün de bu soruya yanıt vermemiş olması dikkat çeken bir bulgu olarak değerlendirilmiştir ⁴⁴. Bir başka çalışmada, ülkemizde her üç kadından birinin; *"Kadın istemese bile eşiyile cinsel ilişkiye girmek görevidir."* Görüşünde olduğu tespit edilmiş. Aynı çalışmaya göre ülke genelinde evlenmiş kadınların %15'i, cinsel şiddet içeren davranışlardan en az birini yaşamıştır ⁴⁷.

Cinsel şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisine baktığımızda ise, cinsel şiddete uğradığını bildiren kadınların tümünde bir ruhsal hastalık olduğunu tespit ettik.

Çalışmamızda sadece imam nikahı ile evli olmak, kaçarak evlenmiş olmak, kadının ve erkeğin düşük eğitim düzeyi, erkeğin alkol veya madde kullanımı ve kumar oynama alışkanlığının olması, adli suç öyküsünün olması cinsel şiddeti arttıran etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda, şiddetin dört türünün de gebelik döneminde ruhsal hastalık görülme riskini arttırdığını görmekteyiz. Şiddet ile ilişkili ruhsal hastalıklara baktığımızda en çok major depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu görmekteyiz.

Ruhsal hastalıklarla ilişkili faktörlere baktığımızda, haneye giren ve kişi başına düşen aylık net gelir azaldıkça ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığını görmekteyiz.

Kadın ve erkek arasındaki yaş farkı arttıkça ve ilişkinin süresi uzadıkça ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığını görmekteyiz.

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça kadınlarda ruhsal hastalık görülme olasılığının arttığını görmekteyiz. Burada da kadına toplum tarafından yüklenen annelik rolünün yükü, çocuklarla ilgili bir çok sorumluluğun kadına yüklenmesi kadın yaşamında ek bir stres faktörü olarak yer almaktadır.

İstenmeyen gebeliklerin ve kadının bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısının fazla olmasının kadın ruh sağlığını olumsuz etkilediğini görmekteyiz. Bu noktada, kadınların ne zaman veya kaç tane çocuk doğuracağına kendisinin karar vermesi, aile planlaması hizmetleri başta olmak üzere bütün üreme sağlığı hizmetlerinin kadınlar için ücretsiz, ulaşılabilir ve kaliteli bir şekilde verilmesinin sağlanması kadının bedensel sağlığı için olduğu kadar ruh sağlığı için de büyük önem taşımaktadır.

Erkeğin gelir getiren bir işte çalışmaması, alkol veya madde kullanımının olması, kumar oynaması, adli suç öyküsünün bulunması da kadınlarda ruhsal hastalık görülme olasılığı arttırmaktadır.

Kadının birlikte olduğu kişi tarafından psikolojik, fiziksel, ekonomik veya cinsel şiddete uğruyor olmasının, ruhsal hastalık gelişimini önemli ölçüde arttırdığını görmekteyiz. Bugüne kadar yapılan çalışmalar, ruhsal hastalıkların önemli bölümünün kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü ve kadın ruh sağlığını etkileyen en temel etkenlerin yoksulluk ve şiddet olduğunu göstermektedir. Bu noktada pek çok devlet çalışanı ve kurumlara görevler düşmektedir.

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışan sağlık personelinin kadına yönelik şiddeti tanınması, tespit etmesi, gerekli müdahaleleri yapabilmesi ve şiddete uğrayan kadınları uygun kuruluşlara yönlendirmeleri için gerekli alt yapının oluşturulması ve sağlık çalışanlarına bu konuda eğitim verilmesi oldukça önemlidir.

Sağlık görevlilerinin yanında, yargı mensupları, kolluk kuvvetleri, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları, ve diğer meslek gruplarının eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusu yer almalıdır. Zorunlu eğitim süresinin artırılması, kadın istihdamının sağlanması, kadınlara devlet tarafından ekonomik destek verilmesi, çalışmak

isteyen kadınların iş bulmasına ya da iş kurmak isteyen kadınların maddi destek sistemlerine ulaşabilmesi için gerekli uygulamaların yapılması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, gebelik döneminde ruhsal hastalıkların oldukça sık görüldüğünü tespit ettik.

Eğitim düzeyi, kişi başına düşen aylık gelir, hanede yaşayan kişi sayısı, birlikte olunan kişinin eğitim ve çalışma durumu, alkol, madde veya kumar alışkanlığının olması, adli suç öyküsünün bulunması ile gebelik döneminde ruhsal hastalık görülmesi arasında ilişki olduğu gözlemlendi.

Kadının gebeliği süresince psikolojik, fiziksel, ekonomik veya cinsel şiddete uğruyor olması ile ruhsal hastalık gelişmesi arasında önemli bir ilişkinin olduğu görüldü.

Gebelik döneminde gerek ruhsal hastalıklar, gerekse birlikte olduğu kişi tarafından kadına yöneltilen her tür şiddetin göz ardı edilemeyecek kadar sık görüldüğü, bu durumun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu görmekteyiz. Ruhsal bozukluklar ile şiddetin bir kısır döngü içinde birbirlerinin varlığını pekiştirdiğini görmekteyiz.

Bildiğimiz gibi ruhsal hastalıkların önemli bir kısmı kadınlarda erkeklere oranla çok daha sık görülmektedir ve kadın ruh sağlığını etkileyen en önemli etkenlerin başında yoksulluk ve şiddet gelmektedir. Kadınları yaşamları boyunca etkileyen farklı şiddet biçimleri, kadınların yaşamlarının sınırlanmasına ve kendi yaşamları hakkında karar verme haklarının ellerinden alınmasına neden olurken, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Gebe bir kadına uygulanan şiddet ise tüm bunların yanında çeşitli fiziksel yaralanmalar, kadının ruh sağlığının bozulması ve buna bağlı yetersiz bakım, doğum sonrası depresyon gibi olumsuzlukların görülmesine ve bir çok gebelik, doğum ve fetal komplikasyonlara yol açması nedeni ile ayrı bir önem arz etmektedir.

Aile içinde kadına uygulanan şiddetin daha çok kadınlar üzerindeki zarar verici bireysel etkilerine odaklanması gerektiğini düşünmekteyiz. Ancak kadına uygulanan şiddet, kadına olduğu kadar çocuklara ve toplumsal yasama da derin biçimde zarar vermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmaların hemen hepsinde ve bizim çalışmamızda da gördüğümüz önemli bir nokta da kadınların şiddetle mücadelede kurumsal mekânizmalara çok düşük oranda başvurmalarıdır.

Şiddet gören kadınların şiddetle mücadele konusunda yeterli destek sistemlerine sahip olmadıklarını, devletin bu konuda daha güven verici ve destekleyici yollar izlemesi gerektiğini görmekteyiz. Bu konuda gerek devlete gerekse biz sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Başta gerek kadınların gerekse erkeklerin eğitim ve çalışma olanaklarının iyileştirilmesi, zorunlu eğitim süresinin mümkün olduğunca artırılıp tüm çocukların bundan yararlanmasının sağlanması ve denetlenmesi, kadın ve erkek arasındaki ekonomik eşitsizliğin ortadan kaldırılması için gerekli tedbirlerin alınması, şiddet döngüsünü kırmak için şiddete karşı toplumsal duyarlılığın artırılması, çeşitli iletişim kanalları ve ders kitapları yoluyla şiddetin bir sorun çözme yöntemi olmadığını topluma yayılması gibi önlemlerin alınması faydalı olacaktır. Biz sağlık çalışanlarının da kadın hastalara yaklaşımda şiddetin mutlaka aklımızda olması, küçük bir şüphemiz dahi olsa kadınları bunları paylaşmaları konusunda cesaretlendirmeli, olası bir kriz durumunda ne gibi seçeneklerinin olduğu, devletin ne gibi destek kurumlarının olduğu ve yasal hakları konusunda kadınları bilgilendirmemiz büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Marcé LV. Treatise on madness in pregnant women, in women who have recently given birth, and in wet nurses, and medical/legal considerations on this subject. Paris: JB Baillière et fils; 2014. p. 394
2. Özkan S. Kadın Hastalıkları ve Doğumun Psikiyatrik Yönleri. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. İstanbul; 1993. s.203- 206
3. Marakoğlu K, Şahsivar Ş. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 2008; 28:525-532
4. Sharps PW, Mclain JK, Campbell J, et al. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. Prevent Med 2001;33:373–80.
5. Wiebe ER, Janssen P. Universal screening for domestic violence in abortion. Women's Health Issues 2001;11(5):436–41.
6. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy, the prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:625–30.
7. Subaşı N, Akın A. Kadına Yönelik Şiddet: Nedenleri ve Sonuçları. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/> (Erişim Tarihi: 29.03.2015)
8. Lancaster CA, Gold KJ. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2011 Sep;205(3):236.
9. Akın A, Esin C, Çelik K. Kadın Sağlığı Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Akın A (Ed.). Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003, s. 17-32
10. Altinel T. Edirne Şehir Merkezinde 15-49 yaş arası kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fköltesi Aile Hekimliği Anabim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008.

11. . World Health Organization. Gender and women's mental health. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen (Erişim Tarihi: 07.05.2015)
12. .Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007
13. Notelovitz M. Optimizing women's health: Adult women's health and medicine. *Climacteric*, 2005, 8: 205-209
14. Güler N. Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010, 3(2), 72-77
15. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25:73-82
16. Akın A, Mihciokur S. Kadın statüsü ve anne ölümleri. *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*. Akın A(Ed.) Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003, 127-139
17. Yüksel Ş ve Başterzi AD. Türkiye Psikiyatri Derneği Kadın Ruh Sağlığı Çalışma Birimi. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1948) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. Erişim adresi:<http://www.tbmm.gov.tr/komision/insanhaklari/pdf01/203-08.pdf>. (Erişim Tarihi: 18.01.2015)
18. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res* 1999; 47: 609-21
19. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. Alkın T(Ed) Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı Kitabı 2013. TPD Yayınları. S.261
20. TPD 18. KES Basın Açıklaması: "Kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişebilmeleri ruhsal sağlıkları için gereklidir". www.psikiyatri.org.tr > Basın > Basın Bültenleri. (Erişim Tarihi: 21.03.2015)
21. Gülseren L. Kadın Üreme Hormonları ve depresyon. *3P dergisi*, 2005, 13: 25-28
22. Beyond Blue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders: anxiety, bipolar disorder, and puerperal psychosis in the

- perinatal period. A Guideline for Primary Care Health Professionals. Melbourne: The National Depression Initiative; 2011. <http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/clinical-practice-guidelines/perinatalclinical-practice-guidelines>. (Erişim Tarihi: 13.03.2015)
23. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health (CG45). <http://www.nice.org.uk/guidance/CG45>; (Erişim Tarihi: 14.12.2014)
 24. Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haword A.. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 441-5
 25. Sharps PW, Mclain JK, Campbell J, et al. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prevent Med* 2001;33:373–80
 26. Wiebe ER, Janssen P. Universal screening for domestic violence in abortion. *Women's Health Issues* 2001;11(5):436–41
 27. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy, the prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:625–30
 28. Göğüş T, Yıldız H. Trimestırlara Göre Gebelerde Şiddet Yaşama Durumu, Etkileyen Faktörler ve Perinatal Sonuçlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013; 12(6): 657-664
 29. Nunes MAA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti C, Schmidt MI. Violence During Pregnancy and Newborn Outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *European Journal of Public Health* 2010, 21(1): 92-97
 30. Demokrasi ve İnsan Hakları İçin Toplumsal İşbirliği Projesi. http://insanca.kadikoy.bel.tr/kl_kadina_yonelik_siddet.html (Erişim Tarihi: 04.04.2015)
 31. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi Şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni Symposium*, 2002, 40(2):41-48
 32. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel Şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17(2):107-114

33. Heise, L., Ellsberg, M. ve Gottemoeller, M. Ending Violence Against Women. *Issues in World Health*, 1999, (11):1-43
34. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of Intimate Partner Violence: Findings from The WHO Multi-Country Study on Women's Health And Domestic Violence. *Lancet* 2006. 368, 1260-69
35. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence Against Women: An EU-Wide Survey: Main Results. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://ec.europa.eu/ipg/basics/management/day_to_day/opoce/index_en.htm. (Erişim Tarihi: 10.12.2014)
36. Ergöner AT, Özdemir MH, Can İÖ ve ark. Domestic violence on pregnant women in Turkey. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2009.16: 125–129
37. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Saurel-Cubizolles MJ. Screening for domestic violence during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28: 133-4
38. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Özet rapor. Ankara, Ocak 2009. <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e0b369dc31550b3ac30/sidetarastirmaozetrapor.pdf> (Erişim Tarihi: 10.01.2015)
39. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması - ANKARA 2015. <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e0b369dc31550b3ac30/saglik.pdf> . (Erişim Tarihi: 10.01.2015)
40. Granja AC, Zacaria E, Bergstron S. Violent deaths: The hidden face of maternal mortality. *BJOG* 2002; 109: 5-8
41. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Şiddete Maruz Kalan Kadınlara Sunulan Hizmetler Kitabı s.11-13
42. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. Ankara, 2007, s.18-24
43. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.

http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293dab369dc32358ee2b0f/kutuphane_20_aile_ici_siddetin_sebep_ve_sonuc_lari.pdf. (Erişim Tarihi: 12.01.2015)

44. Ulutaşdemir N. Kadına yönelik şiddet. Sağlık ve Toplum 2002; 12(4):15-20
45. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F, Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005 27 (2): 51 – 56,
46. Iliyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Hayatu Z. Prevalence and risk factors for domestic violence among pregnant women in northern Nigeria. J Interpers Violence 2013, 28(4): 868-883
47. Altınay AG, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Kitabı. 2008. s132-136
48. Tjaden PG, Thoennes N. Prevalence and Consequences of Male-to-female and Female-to-male Intimate Partner Violence as Measured by the National Violence Against Women Survey. Violence Against Women- February 2000 6:142-161
49. Yıldırım A. Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. Boyut Yayınları 1998, 1. Baskı. İstanbul. s 94-98
50. Granja AC, Zacaria E, Bergstron S. Violent deaths: The hidden face of maternal mortality. BJOG 2002; 109: 5-8
51. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence against pregnant women. BJOG 2003; 110: 272-5
52. Ventura CS, Ventura MS, Drengsted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 98: 3-8
53. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers’ missed opportunities for preventing femicide. Prev Med 2001; 33: 373-80
54. Wiebe ER, Janssen P. Universal screening for domestic violence in abortion. Womens Health Issues 2001; 11: 436-41
55. Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology February 2008, 198(2), 171-176

56. Janssen PA, Patricia A, Victoria L. Et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* May 2003 Volume 188, Number 5
57. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;113(1):6-11
58. Doubova SV, Pámanes-González V, Billings D, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):582-90.
59. Tiwari A, Leung WC, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused women in Hong Kong. *BJOG.* 2005;112(9):1249-56
60. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001; 164:1567-72.
61. Fernandez FM, Krueger PM,. Domestic violence:effect on pregnancy outcome. *J Am Osteopath Assoc* 1999;99:226-54.
62. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relation to birth weight. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-62
63. Cokkinides VE, Coker AL,Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes. *Obstet Gynecol* 1999;93:661-6.
64. Stewart DE, Cecuti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993;149:1257-63.
65. Cokkinides VE, Coker AL. Experiencing physical violence during pregnancy: Prevalence and correlates. *Family Community Health* 1998;20:19-37.
66. Dietz PA, Gazmararian JA, Goodwin M, Bruce FC, Johnson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence. *Obstet Gynecol* 1997;90:221-4.
67. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2002;79:269-77.

68. Taşpınar A, Bolsoy N, Şirin A. Gebeler fiziksel şiddete uğruyorlar mı? Manisa örneği. Adli Psikiyatri Dergisi 2005;2(2):41-7.
69. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi şiddet: Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kadınlar arasında bir araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:75-87.
70. Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haword A.. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 2004; 111: 441-5.
71. Nasır K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries. European Journal of Public Health 2003; 13: 105-107
72. Tiwari A, Leung WC, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused women in Hong Kong. BJOG. 2005;112(9):1249-56
73. Fonseca O, Alves LC, Monteiro JC et al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? J Clin Nurs 2015 May; 24 (9-10): 1289-99
74. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Turk Psikiyatri Derg 2006;17:243- 51
75. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88:599-605
76. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2002, 31: 394-402
77. Sutter-Dallay AL, Dallay D, Verdoux H. [Psychic disorders during pregnancy and post-partum.] Rev Prat 2004;54:1137– 1139
78. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi Ab & Lozano R. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Geneva. The Lancet, 2002. 360: 1083-1088.
79. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. Alkın T(Ed).2013. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı Kitabı, s.264
80. Hernandez-Diaz S, Werler MM, Walker AM et al. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med, 2000. 343: 1608-14

81. Stewart D. Depression during pregnancy. Can Fam Physician 2005; 51:1061-3.
82. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36: 771
83. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 9-13.
84. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 525-532.
85. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005
86. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10: 25-32
87. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. Early Hum Dev 2009; 85: 65-7.
88. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki gebelerde doğum öncesi ve sonrası depresyonun değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 277-278
89. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg 2000; 11: 3-16
90. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. Alkın T(Ed).2013. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı Kitabı, s.280
91. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Can Nurse J, 2006, 102: 26-30
92. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J, Calleja N. Antenatal psychiatric morbidity in Maltese women. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 501-5
93. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 569-73

94. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al: Perinatal Depression: A systematic review of prevalence and incidence . *Obstet Gynecol* 2005;106:1071
95. Lee AM, Lam SK, Lau SM, et al : Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007,110:1102,.
96. Westdahl C, Milan S, Magriples U, et al : Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol* 2007;110:134.
97. Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *J Sex Education Therapy* 2000; 25: 149-58
98. Şirin A, Gözüyeşil EY. Gebe kadınlarda depresyon durumu BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım 1. Baskı. Ankara: 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. 2005: s.252
99. Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 45-50
100. Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia *N Z J Psychiatry* 2008; 42: 51-5
101. Correia LL, Linhares MB. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Latino Am Enfermagem* 2007;15: 677-83
102. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurse* 2006;102: 26-30
103. Rodriguez MA, Heilemann MS, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. *Annals of Family Medicine*, January/February 2008 VOL. 6, NO. 1; 44-52
104. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Turk Psikiyatri Derg* 2006;17:243- 51

105. Toohy J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clinical Obstetrics & Gynecology*: 2012. Volume 55(3): 788-797
106. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2002, 31: 394-402
107. Hay DF, Pawlby S, Waters CS . Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008, 49: 1079-8
108. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psikiyat Derg*, 2004, 2:70-4
109. Grof P, Robbins W, Alda M. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2001,61:31-9
110. Freeman MP, Wosnitzer-Smith K, Freeman SA et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry*, 2002. 63:284-7
111. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002, 63(4):284-287
112. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ et al. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry*, 2002, 47: 426-436
113. Ross LE, McLean LM. Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 67:1, 2006
114. Stuart S, Couser G, Schilder K, et al. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:420–424
115. Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004;80: 65–73
116. O'Connor TG, Heron J, Glover V, for the Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems

independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1470–1477

117. Sandman CA, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, et al. Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Ann N Y Acad Sci* 1994;739:198–210
118. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, et al. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:858–865
119. Sutter-Dallay AL, Dallay D, Verdoux H. Psychic disorders during pregnancy and post-partum. *Rev Prat* 2004;54: 1137– 1139
120. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, et al. Anxiety symptoms and disorders at 8 weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005;19: 295–311
121. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004;19: 459–463
122. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, et al. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 407–414
123. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol Psychother* 2002;9: 122–130
124. Wenzel A, Gorman L, O'Hara MW, et al. The occurrence of panic and obsessive compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Arch Women Ment Health* 2001;4: 5–12
125. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues* 2002;12: 32–36
126. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH: Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J Affect Disord* 1996, 41: 173– 180.

127. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, et al. : Impact of pregnancy on panic disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 1994, 55: 284–288.
128. Majewska MD, Harrison NL, Schwartz RD, et al. : Steroid hormone metabolites are barbiturate-like modulators of the GABA receptor. *Science* 1986, 232: 1004– 1007.
129. Barron WM, Mujais SK, Zinaman M, et al. : Plasma catecholamine responses to physiologic stimuli in normal human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1986, 154(1), p.80-84
130. Ross LE, McLean LM: Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006, 67: 1285– 1298
131. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p 144.
132. Shear KM, Oommen M. Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Psychopharmacol Bull* 1995, 31: 693– 703
133. DiPietro J, Ghera M, Costigan K, et al. : Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002, 25: 189– 201
134. Vythilingum B. Anxiety Disorders in Pregnancy . *Current Psychiatry Reports* 2008, 10: 331– 335
135. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. *The Journal of Clinical Psychiatry* ,1997, 58(7):330-4
136. Uguz F, Gezgink K, Zeytinci IE, et al. : Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* 2007, 48: 441– 445
137. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA: Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and premenstruum. *Am J Psychiatry* 1992, 149: 947– 950
138. Williams KE, Koran LM: Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and childbirth. In *Obsessive Compulsive Disorder: Theory*

and Management. Edited by Jenike M, Baer L, Minichiello WE. Chicago: Yearbook Medical Publishers; 1990: 89– 95

139. Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. *J Clin Psychiatry*, 2001. 62: 432-8
140. Smith MV, Roseheck RA, Cavaleri MA et al. Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public sector obstetrics clinics. *Psychiatr serv*, 2004, 55: 407-14
141. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 2001, 28: 111-8
142. Menage J: Post-traumatic stress disorders in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *J Reprod Infant Psychol* 1993, 11: 221– 228
143. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC et al. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*, 2005. 19: 295-311
144. Slater E, Hare EH, Price JS. Marriage and fertility of psychiatric patients compared with national data. *Soc Biol* 1971;S18:S60–73
145. McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(6):441–6.
146. Howard LM, Kumar C, Thornicroft G. The psychosocial characteristics of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2001;178:427–32
147. Wrede G, Mednick SA, Huttunen MO, Nilsson CG. Pregnancy and delivery complications in the births of an unselected series of Finnish children with schizophrenic mothers. *Acta Psychiatr Scand* 1980;62: 369–81
148. Goodman SH, Emory EK. Perinatal complications in births to low socio-economic status schizophrenic and depressed women. *J Abn Psychol* 1992;101:225–9
149. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996;47(5):502–6

150. Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United Kingdom general practice research database. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(9): 758–62
151. Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP, et al. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):290–6
152. Howard LM, Goss C, Leese M, Thornicroft G. The medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants after birth. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 63–7
153. Rieder RO, Rosenthal D, Wender P, Blumenthal H. The offspring of schizophrenics: foetal and neonatal deaths. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32: 200–11.
154. Sobel DE. Infant mortality and malformations in children of schizophrenic women. *Psychiatr Q* 1961; 35: 60–4
155. Modrzewska K. The offspring of schizophrenic patients in a North Swedish isolate. *Clin Genet* 1980;17: 191–210
156. McNeil TF, Kaij L. Obstetric complications and physical size of offspring of schizophrenic, schizophrenic-like and control mothers. *Br J Psychiatry* 1973;123:341–8.
157. Marcus J, Auerbach J, Wilkinson L, Burack CM. Infants at risk for schizophrenia. The Jerusalem infant development study. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 703–13
158. Zax M, Sameroff A, Babigan H. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977;47: 218–30.)
159. Morgan VA, Jablensky AV. Exploring the role of reproductive pathology in the etiology of schizophrenia: what happens when mothers with schizophrenia give birth? *Dir Psychiatr*, 2006: 26: 1-14
160. D'Orban PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979;134:560–71.
161. Falkov A. A study of working together 'part 8 reports': fatal child abuse and parental psychiatric disorder. London: Department of Health. <http://pediatrics.aappublications.org/content/100/5/735.short> (Erişim Tarihi: 17.03.2015)

162. Davies A, Mclvor R, Kumar R. Impact of childbirth on a series of schizophrenic mothers; possible influence of oestrogen on schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;16: 25–31
163. Trocme N, MacLaurin B, Fallon B et al. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect Final Raport. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/index-eng.php> (Erişim Tarihi: 21.04.2015)
164. Statistics Canada. Canadian community health survey (CCHS), Cycle 1.1. Ottawa: Statistics Canada; 2002. www.statcan.ca/english/concepts/health/index.htm. (Erişim Tarihi: 01.05.2015)
165. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. <http://www.usa.gov/directory/federal/substance-abuse-and-mental-health-services-administration.shtml>. (Erişim Tarihi: 14.03.2015)
166. Giles W, Patterson T, Sanders F, Batey R, Thomas D, Collins J. Outpatient methadone programme for pregnant heroin using women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1989;29 (3 Pt 1):225–9
167. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract* 1995; 40: 385–94
168. Little BB, Wilson G, Jackson G. Is there a cocaine syndrome? Dymorphic and anthropometric assessment of infants exposed to cocaine. *Teratology* 1996;54: 145–9
169. Vucinovic M, Roje D, Vucinovic Z, Capkun V, Bucat M, Banovic I. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten year experience. *Yonsei Med J* 2008;49: 705–13
170. Edelin KC, Gurganious L, Golar K, Dellerich D, Kyei-Aboagye K, Hamid MA. Methadone maintenance in pregnancy: consequences to care and outcome. *Obstet Gynecol* 1988;71: 399–404.
171. Chang G, Carroll KM, Behr HM, Kosten TR. Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependent women. *J Subst Abuse Treat* 1992;9: 327–30.

172. Maternal and Infant Health: Smoking During Pregnancy
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth//MaternalInfantHealth/related/SmokingPregnancy>. (Erişim Tarihi: 12.02.2015)
173. Owen,F. Pregnancy and smoking http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/pregnantsmoking.htm (Erişim tarihi:21.02.2015)
174. Kandel DB , Wu P, Davies M. Maternal smoking during pregnancy and smoking by adolescent daughters. American Journal of Public Health, 1994; 84(9):1407-1413
175. Kublay G, Terziođlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü şubat - 2008 ANKARA (Doktora tezi)
176. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence against pregnant women. BJOG 2003; 110: 272-5
177. Ventura CS, Ventura MS, Drengsted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 98: 3-8

KISALTMALAR DİZİNİ

MDB	: Major Depresif Bozukluk
İUB	: İki Uçlu Bozukluk
PB	: Panik Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
BTA	: Başka Türü Adlandırılmayan

TABLolar DİZİNİ

TABLO-1: Kadınların yaş dağılımı	29
TABLO-2: Yerleşim yeri	29
TABLO-3: Doğdukları yerleşim yeri	30
TABLO-4: Eğitim düzeyi	30
TABLO-5: Çalışma ve gelir düzeyi	31
TABLO-6: Kronik hastalık/özür durumu	31
TABLO-7: Eşin eğitim düzeyi	32
TABLO-8: Eşin kronik hastalık/özür durumu	32
TABLO-9: Eşin sigara-alkol-madde alışkanlıkları	33
TABLO-10: Eşin kumar oynama, suç işleme ve psikiyatri başvurusu	33
TABLO-11: Evde konuşulan diller	34
TABLO-12: Etnik Kimlik	34
TABLO-13: Birlikte olunan kişinin etnik kimliği	34
TABLO-14: Kadının mezhebi	35
TABLO-15: Birlikte olunan kişinin mezhebi	35
TABLO-16: Haneye giren aylık gelir düzeyi	36
TABLO-17: Kişi başına düşen aylık gelir düzeyi	36
TABLO-18: Gelir durumundan memnuniyet düzeyi	36
TABLO-19: Şiddet türleri ve görülme oranları	37
TABLO-20 : Psikolojik şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi	38
TABLO-21 : Fiziksel şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi	38
TABLO-22 : Ekonomik şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi	39
TABLO-23: Cinsel şiddet ile ruhsal hastalık ilişkisi	39
TABLO-24: Evlilik yaşı ile psikolojik şiddet ilişkisi	40

TABLO-25: Evlilik yaşı ile fiziksel şiddet ilişkisi	40
TABLO-26: Evlilik yaşı ile ekonomik şiddet ilişkisi	41
TABLO-27: Evlilik yaşı ile cinsel şiddet ilişkisi	41

EKLER

EK-I Anket Formu

GEBELİĞİN SON TRİMESTERİNDEKİ KADINLARDA RUHSAL HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ANKET FORMU

Aşağıdaki form, ismi geçen araştırmanın verilerini toplamak için hazırlanmıştır. Araştırmacı ekibi, etik kurul ve bilimsel amaçlar dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve tamamen gizli kalacaktır.

Sosyodemografik Veriler

1. Yaşı

2. Yaşadığı yer

1:Şehir merkezi 2: Kenar mahalle 3:İlçe 4:Köy

3. Doğduğunuz yerleşim yerinin türü :

1-Köy 2-İlçe 3-İl merkezi 4-Yurt dışı 5-Diğer

4. Öğrenim durumu (toplam eğitim süresi yıl olarak yazılacak)

5. Çalışıyor musunuz? Mesleğiniz nedir?

6. Sosyal Güvence

1: yok 2: var (Varsa kim üzerinden; kendisi, eşi, babası)

7. Hanenizin aylık gelir düzeyi (Ücret, maaş, kira, faiz, kâr, tarla geliri, emekli aylığı, devlet yardımı, vs.)

8. Hanede bu gelirden geçimini sağlayan toplam kaç kişi var? [Sayı yazılacak]

9. Kendinize ait düzenli bir geliriniz var mı?

1: yok 2: var

10. Kadının kendisine ait ev, arsa, işyeri gibi taşınmaz bir malı var mı?

1: yok 2: var

11. Hanenize giren aylık gelirin ne kadarı size ait? (sizin aylık ortalama kazancınız ne kadar?)

12. Hanenize giren aylık gelirin ne kadarı eşinize ait? (eşinizin aylık ortalama kazancı ne kadar?)

13. Evlilikten önce gelir getiren bir işte çalışıyor muydunuz?

14. Genel olarak gelir durumundan (bireysel ya da hanenize giren toplam gelir) ne kadar memnunsunuz?

1: Tamamıyla memnunum
memnunum

2: Çok memnunum

3:

Biraz

4: Pek memnun değilim

5: Hiç memnun değilim

15.[EĞER kişi 4 ve 5'i işaretlediyse] Gelir durumunuza duyduğunuz memnuniyetsizlik en az 12 aydır devam ediyor mu?

1: Hayır 2: Evet

16.Medeni Durumu:

1. Bekar 3. Ayrı yaşıyor 5. Dul
2. Evli 4. Boşanmış 6. Birlikte yaşıyor

17.Varsa çocukların;

	1. Çocuk	2. Çocuk	3. Çocuk	4. Çocuk
Cinsiyeti				
Yaşı				

18.Sürekli kontrol ve tedavi gerektiren kronik bedensel hastalık

0:Yok 1: Var (açıklayınız).....

19.İlk evliliği mi?

1: Evet 2:Hayır

20.Eşinin ilk evliliği mi?

1: Evet 2:Hayır

21.Nikah türü:

- 1.İmam nikahı
2.Resmi nikah
3.Nikah yok

22.Nasıl tanışıp evlendiniz?

- 1.Anlaşarak
2.Görücü usulü
3.Diğer

23. Alışkanlıkları

1:yok 2:sigara 3:alkol 4:madde 5:çoklu alışkanlık
(açıklayınız)

24. Bedensel özürlülük 0:yok 1: var (açıklayınız).....

Halen beraberliği var ise aşağıdaki bilgileri sorunuz

25. Eşinin yaşı

26. Kaç yıldır birlikte yaşıyorlar?

27. Eşinin toplam eğitim süresi (Yıl)

28. Eşiniz çalışıyor mu?

29. Eşinizin doğduğu yerleşim yeri;

1-Köy 2-İlçe 3-İl merkezi 4-Yurt dışı 5-Diğer

30. Eşinizde sürekli kontrol ve tedavi gerektiren kronik bedensel hastalık

1:yok 2: var (açıklayınız).....

31. Eşinizin bedensel özürlülük durumu

1:yok

2: var (açıklayınız).....

32. Eşinizin Alışkanlıkları

1: yok

2:sigara

3:alkol

4:madde

5:çoklu alışkanlık (açıklama)

33. Eşinizin kumar alışkanlığı var mı?

0:yok

1: var (açıklayınız).....

34. Eşinizin adli/suç öyküsü (aile içi şiddet dışında)

0:yok

1: var (açıklayınız).....

35. Eşinin psikiyatrik tedavi öyküsü

0:yok

1:ilaç

2: terapi

3: ilaç + terapi

36. Eşinin psikiyatri servisinde yatışı

0: yok

1: varkez

37. Eşinin öz kıyım girişimi

0: Yok

1: Varkez; yöntem:.....

38. Evde hangi dil konuşulur?

1-Türkçe

2-Kürtçe

3-Arapça

4- Diğer; (açıklayın)

Katılımcıya; Aile içi şiddet farklı etnik kökenler ve inanç grupları arasında değişebilmektedir. Bu nedenle siz etnik kimliğiniz ve dini inancınızla ilgili sorular sorulacaktır. Bu sorulara yanıt vermek zorunda değilsiniz.

39. Etnik kimliğinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

1-Türk2-Kürt 3-Arap 4-Laz 5-Roman 6-Laz 7-Ermeni 8-
Diğer;

40. Eşinizin etnik kimliğinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

1-Türk2-Kürt 3-Arap 4-Laz 5-Roman 6-Laz 7-Ermeni 8-
Diğer;

41. Kendinizi dini açıdan nasıl tanımlarsınız?

1. Bir dine inanmıyor 2. Müslüman 3. Hristiyan 4. Yahudi 5. Diğer

42. Eşinizi dini açıdan nasıl tanımlarsınız?

1. Bir dine inanmıyor 2. Müslüman 3. Hristiyan 4. Yahudi 5. Diğer

43. Eğer Müslümansa mezhebiniz nedir?

1. Sünni 2. Alevi 3. Diğer (Şafi, Şii vs)

44.Eşinizin mezhebi nedir?

1. Sünni 2. Alevi 3. Diğer (Şafi, Şii vs)

GEÇMİŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ

45.Daha önce kaç doğum yaptınız?

46.Geçmişte düşük / ölü doğum /komplikasyonlu doğum var mı?

1.evet (açıklayınız) 2.hayır

47.Varsa o gebelikte şiddet öyküsü var mı?

1.evet 2.hayır

48.Önceki gebeliğinizde fiziksel, ruhsal,cinsel veya ekonomik şiddet yaşadınız mı?

1.evet 2.hayır

49.Yaşadıysanız bebekle veya sizle ilgili herhangi bir sorun gelişti mi?

1.evet 2.hayır

ŞU ANKI GEBELİĞİN ÖYKÜSÜ

50.Şu anda kaçınıcı gebeliğiniz?

51.Şu anda gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

52.Şu anki gebeliğiniz planlanan / istenen bir gebelik mi?

1.evet 2.hayır

53.Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1.kız 2.erkek

54.Şu anki gebeliğinizin sizin yaşamınızda ne gibi etkileri oldu?

55.Şu anki gebeliğinizin eşinizin yaşamında ne gibi etkileri oldu?

56.Cinsel yaşamınız gebelikten nasıl etkilendi?

Aile İçi Şiddet Formu

“Kadınların yaşamında aile içi şiddet ve istismar çok yaygın, sizin deneyimleriniz ve görüşleriniz hakkında birkaç soru sormak istiyorum (“Aile içi şiddet, kişinin; eşine, çocuklarına, ana-babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdittir. Halen evli olan, aynı evi paylaşan, eski eş, eski nişanlı, eski kız ya da erkek arkadaşına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdidi içerir.”). “Soracağım sorulara vereceğiniz tüm cevaplar ve bilgiler gizli kalacaktır.

Su anki gebeliğiniz süresince birlikte olduğunuz kişinin/kişilerin size karşı hiç:

57. Hakaret, aşağılama veya küçük düşürücü davranışlarda bulunduğu oldu mu

1:Hayır 2:Evet

58. Tekmeleme, tokatlama, dövme, vurma gibi davranışları oldu mu ?

1: Hayır 2:Evet

59. Çalışmanızı engellediği yada maddi olarak sizi sıkıntıya sokacak davranışlarda bulunduğu oldu mu?

1:Hayır 2:Evet

60. İstemediğiniz halde sizi cinsel ilişkiye zorladığı oldu mu?

1:Hayır 2:Evet

61. Şiddetin türü: (görüşmecinin kararı)

1: Yok
5:ekonomik

2:fiziksel

3:duygusal

4:cinsel

62. Ailede dayak ülkemizde son derece yaygın olarak yaşanıyor, bu konuda farklı görüşler var, sizin deneyimleriniz ve görüşleriniz hakkında birkaç soru sormak istiyorum. Bazılarına göre karı-koca arasında kesinlikle dayak olmamalıdır, yani haklı görülebilecek dayak yoktur. Bazılarıysa belirli durumlarda erkeklerin eşlerini dövebileceklerini düşünüyorlar. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

1.Haklı görülebilecek dayak yoktur.

2.Bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilirler.

63. Koca karısına vurmakta yada onu dövmekte haklıdır, eğer kadın.....

1. Yemeği yakarsa
2. Kocasına karşılık verirse
3. Lüzumsuz para harcarsa
4. Çocukların bakımını ihmal ederse
5. Cinsel ilişkiyi reddederse
6. Diğer; (Katılımcı haklı nedenler olarak neler söyleyebilir?)

64. Eşinizin çocuklarınızı dövdüğü oluyor mu/ muydu ; şimdi büyüklerse küçükken oluyor muydu?

1.evet

2:hayır

65. Ne sıklıkta?

1:Hiç olmadı

2:Yalnızca bir kez oldu

3:Birden fazla oldu

4:Ara sıra olur

5:Sık sık olur

66. Çocukluğunda anne ve/veya babasından fiziksel şiddet görme öyküsü

1:yok

2: var

3:bilmiyor

67. Eşi küçüklüğünde anne ve/veya babasından fiziksel şiddet görme öyküsü

1: yok

2:var

3:bilmiyor

Aşağıdaki sorular sadece fiziksel eş şiddeti öyküsü olan hastalara sorulacaktır

68. İlk fiziksel şiddetyaşında,beraberliğinde ve beraberliğinin.....ayında

69. Eşinden/eşlerinden gördüğü ilk fiziksel şiddetin öncesinde psikiyatrik yakınma

1:yok

2:var

3:hatırlamıyor/emin değil

70. Gebe iken fiziksel şiddet öyküsü 1: yok 2: var

71. Dayak nedeniyle düşük ? 1:yok 2:var

72. Fiziksel şiddete toplam maruz kalma süresi.....ay

73. En son eş fiziksel şiddetine maruz kalma zamanıay

74. Hastaya göre psikiyatrik yakınmaları ile eş fiziksel şiddeti arasında ilişki

1:yok

2:var

3:fikri yok

75. Hastaya göre varsa özkıyım düşüncesi/girişimi ile eş fiziksel şiddeti arasında ilişki

1:yok

2:var

3:fikri yok

76. Daha önceki beraberlikleri varsa eş tarafından fiziksel şiddet

1:yok

2:var

3:fikri yok

77. (En yoğun) fiziksel şiddet gördüğü kişi, şu an beraber olduğu kişi mi?

1:hayır

2:evet

78. Ayrıldıktan sonra fiziksel şiddet gördünüz mü?

0:hayır

1:evet

79. Eşinizden fiziksel şiddet görme riskiniz hala devam ediyor mu?

1:hayır

2:evet

80. Olgunun fiziksel şiddet görme sıklığı

0:yalnızca bir kez

1:evlilik süresince birkaç defa

2: ayda 1-2

3:daha sık

81. Hastanın gördüğü fiziksel şiddetin derecesi

0. Şiddet tehdidi, silah ile birlikte

1. Tokatlama, itme; yaralanma ve uzun süreli acı yok

2. Yumruklama, tekmeleme, yaralar, kesikler ve/veya devam eden acı

3. Dövmeler, ciddi sonuçlar, yanıklar, kemik kırılması
4. Baş, dahili ve/veya kalıcı yaralanmalar
5. Silah kullanımı, silahla yaralama

82. Çocuklarınız aile içi fiziksel şiddete tanık oluyor mu/ muydu?

1:Yalnızca bir kez oldu

2:Birkaç defa oldu

3:Ara sıra olur

4:Sık sık olur

83. Size göre, genellikle hangi konuda sorun/sorunlar yaşandığında, eşiniz size fiziksel şiddet uyguluyor/uyguluyordu? (birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. Ev ve çocuklar ile ilgili sorumluluklar
2. Maddi
3. Kıskançlık
4. İş ile ilgili sorunların eve taşınması
5. Giyim tarzı
6. Görüşülen kişiler
7. Kadının/erkeğin ailesi ile ilişkiler
8. Dini görüşlerin farklılığı
9. Küçük nedenler (yemeği altını yakma v.b.)
10. Cinsel sorunlar
11. Kumar /Alkol /Sigara/madde alışkanlığı (maddeleri işaretleyiniz)

84. Eşiniz fiziksel şiddet uyguladığında nasıl tepki / tepkileriniz oluyor/oluyordu?

1:Sessiz kalma
davranma

2:Şiddet riskini azaltmak için eşin isteklerine göre

3:ağlama/yalvarma
6:Yardım çağırma

4: Kúsme

5:Kaçma

7:Sesini yükseltme
karşılık verme

8:sözel şiddet kullanma

9:fiziksel şiddetle

10:evi terk etme

11:yasal kurumlara başvurma

85. Şiddete karşı koyma zorluğu yaratan nedenler ?

- 1: kendisini suçlu görmesi
- 2:eşini sevmesi
- 3:eşinin değişebileceği beklentisi
- 4: toplumsal kaygı
- 5: Ailesinin desteklememesi/baskısı
- 6: Ekonomik
- 7: barınma
- 8: çocuklarla ilgili nedenler
- 9: şiddetin bitmeyeceği/artabileceği endişesi

86. Şiddetten kimlere bahsettiniz, kimlerden yardım istediniz?

- 1: Kimseye
- 2:Kendi ailesi
- 3: Komşuları / arkadaşları
- 4:Güvenlik güçleri
- 5:Avukat/mahkeme
- 6:Sağlık personeli
- 7: ŞÖNİM
- 8: Diğer (açıklayınız)

87. Şiddeti anlattığı kişiler, ne şekilde tepki verdiler?

- 1: Kadını suçlama

2: İlgilenilmedi

3:Yatıştırma -teselli – katlanmaya devam etmelisin mesajı

4: Erkeğe göz dağı

5: Karşı koyması- Ayrılması önerildi

6:gerekli her desteğin verileceği söylendi

7: diğer (açıklayınız)

88. Yardım istemediyse nedenleri ?

89. Verilen/vereceklerini düşündüğünüz destek yeterli mi/ yeterli olur mu idi?

1.Hayır

2:kısmen

3:evet

90. Şiddet konusunda ne tür desteklere ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsunuz/ düşünüyor dunuz?.....

91. Eşinizi şiddet konusunda haklı bulduğunuz oluyor mu?

1-evet

2-hayır

92. Evde kadın / erkek ilişkileri:

	1.katılı m	2.katılmam	3.fikrim yok	4.bazen /durum a göre
Ev işleri eşler arasında eşit paylaşılmalıdır				
Kadınlar ev dışında istedikleri işte çalışabilmelidir				
Kadınlar ellerindeki parayı kendi tercihleri doğrultusunda harcayabilmelidirler				
Kız çocukları en az 8 yıl okula gönderilmelidir.				

93. Eşiniz davranışlarınızı denetlemeye çalışır mı?

1-Arkadaşlarınızla görüşmenize engel olmaya çalışır mı?

2-Aileniz veya akrabalarınızla görüşmenizi kısıtlamaya çalışır mı?

3-Normal bir endişenin/merak etmenin ötesinde, nerede olduğunuzu öğrenmek için ısrar eder mi?

4-Başka bir adamla konuşmanıza kızar mı?

5-Sadakatsiz olmanızdan kuşkulanır mı?

94. Kötü niyetli davranışlarda bulunur mu?

1-Evden çıkmanızı, arabanın anahtarlarını almanızı yasaklar mı ya da sizi eve kilitlet mi?

2-Sizi başkalarının önünde aşağılar ya da küçük düşürür mü?

3-Özel hayatınızda sizi aşağılar ya da küçük düşürür mü?

4-Sizi korkutmak ya da sindirmek amacıyla bağırmak, bir şeyleri çarpmak gibi davranışlarda bulunur mu?

5-İstemediğiniz halde sizi pornografik materyallere bakmaya, izlemeye zorlar mı?

6-Çocuklarla şantaj yapar mı?

7-Sizi, çocuklarınızı sizden almak, uzaklaştırmak ile tehdit eder mi ?

8-Sizi, çocuklarınıza zarar vermekle tehdit eder mi?

9-Çocuklarınıza zarar verir mi ?

10-Sizi, önem verdiğiniz başka birine zarar vermek ya da onu öldürmekle tehdit eder mi?

11-Size fiziksel olarak zarar vermekle tehdit eder mi?

95. Psikolojik şiddet

-Eşiniz/sevgiliniz tarafından evde, başkalarının yanında hiç aşağılandınız mı?

-Eşiniz sizinle, yaptıklarınızla, görünümünüzle dalga geçer mi?

-Size yüksek sesle bağıırır mı? Sizi tehdit eder mi?

-Eşinizin size taktığı bir lakap var mı?

-Yapacaklarınız için eşinizden izin almanız gerekir mi?

-Eşiniz giydiklerinize karışır mı?

-Sözünü dinlemezseniz, isteklerine uymazsanız eşinizle sorun yaşar mısınız?

-Eşiniz sizi hiç dayak ya da öldürmekle korkutur mu?

-Eşinizin silahı var mı ? sizi hiç silahla tehdit etti mi?

96. Eşin gündelik yaşam üzerindeki denetimi

	Her zaman	Bazen	Hiç	Gitmem	Beraber gideriz	
GÜNDÜZ KOMŞU / ARKADAŞ ZİYARETİNE GİDERKEN						
AİLENİZİ ZİYARETE GİDERKEN						
ALIŞVERİŞE / ÇARŞIYA GİDERKEN						
SİNEMA / TİYATROYA GİDERKEN						
BAŞKA KÖYE / ŞEHRE GİDERKEN						
EŞİNİZ EVDEN ÇIKMANIZI YASAKLAR MI?						
EŞİNİZ YAKINLARINIZ İLE GÖRÜŞMENİZİ ENGELLER Mİ?						

97. Ekonomik şiddet

- Eşinizin size para vermediği ya da kısıtladığı, paranızı elinizden aldığı olur mu?
- Eşiniz çalışmanıza engel olur mu?
- Ailenizin geliri konusunda bilginiz var mı?
- Kişisel harcamalarınız için eşinize hesap vermek zorunda mısınız?

98. Cinsel şiddet

- Eşiniz sizi hiç zorla basılı tutarak ya da başka bir şekilde zarar vererek cinsel birlikteliğe zorladı mı? (oral, vajinal ya da anal yoldan)
- Bunun dışında, sizi hiç basılı tutarak veya başka bir şekilde zarar vererek cinsel birlikteliğe zorlamaya teşebbüs etti mi?
- Siz istemediğiniz halde ya da reddedemeyeceğiniz bir durumda, herhangi bir cinsel aktivite içinde bulunmaya zorladı mı?
- Reddedeceğinizde başınıza geleceklerden korktuğunuz için hiç bir cinsel aktiviteye razı olmak zorunda kaldınız mı?

Ruhsal hastalıklar

99. Herhangi bir ruhsal yakınmanız var mı?

100. İlk ruhsal yakınmaların başlama zamanı (yıl)

101. Şu ana kadar aldığınız ruhsal tanılar nelerdir?

102. Psikiyatrik tedavi öyküsü

0: yok 1: ilaç 2: terapi 3: ilaç + terapi

103. Psikiyatri servisinde yatışkez 0: yok 1: var

104. Pasif ölüm düşüncesi 0: yok 1: var

105. Öz kırım düşüncesi 0: yok 1: var

106. Öz kırım girişimi

0: Yok 1: varkez; yöntem :.....

107. 1. derece akrabalarında ruhsal hastalık

0: yok 1:var (açıklayınız)