

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**BİR ÜNİVERSİTEDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERİN CİNSEL ŞİDDET
ÖYKÜSÜ VE ŞİMDİKİ DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Dr. Canan TUZ

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Selda TEKİNER

ANKARA

2015

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**BİR ÜNİVERSİTEDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERİN CİNSEL ŞİDDET
ÖYKÜSÜ VE ŞİMDİKİ DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Dr. Canan TUZ

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Selda TEKİNER

ANKARA

2015

KABUL ve ONAY

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Canan TUZ	Sınav tarihi: 24 / 11/ 2015
Anabilim/Bilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.A.Selda TEKİNER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi.	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği	☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Yrd.Doç.A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Mehmet UNGAN
Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Rengin ERDAL
Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Tezimin hipotezden, bilimsel bir çalışmaya dönüşmesinin her evresinde hem somut bağlamda katkı veren, hem de manen destek olup güven duygumu güçlendiren değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe Selda TEKİNER' e, şükran borçluyum. Bu nedenle öncelikli teşekkürlerimi saygıdeğer hocama sunmayı görev addediyorum.

Bununla birlikte en önemli moral kaynağım ve gereksinim duyduğumda yardımlarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Mehmet UNGAN' a, bilimsel çalışma fikrimi hep sevgiyle ve güler yüzle karşılayan sayın Prof. Dr. Rengin ERDAL' a; fikrimi ilk paylaştığım insan ve ilk yol göstericim olan Doç. Dr. M. Ergun ÖKSÜZ' e; pes etmeye karar verdiğim noktada beni ayağa kaldıran, bana inanan ve güvenen kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER' e, kalben hep yanımda bulunarak en zor anlarımda bana destek veren değerli dostum Yrd. Doç. Dr. Ayça ÇETİNBAS' a; çalışmamın her aşamasında destek veren Uzm. Dr. Zehra DAĞLI' ya, katkıları ile birlikte aynı zamanda beni gönülden destekleyen Uzm. Dr. Filiz AK' a; teşekkür ediyorum.

Ayrıca çalışma güncemi sabırla dinleyen, hayattaki en büyük destekçilerim, onların çocuğu olmaktan daima gurur duyduğum değerli annem Saniye TUZ ve babam Ali Osman TUZ' a ; beni örnek alarak tıp biliminin basamaklarını tırmanmaya başlayan çok sevdiğim kuzenim doktor adayı Mert CANBEK' e, çalışmamın başından sonuna dek manevi destek veren meslektaşlarıma ve bütün çalışma arkadaşlarıma yürekten teşekkür ediyorum.

Dr. Canan TUZ

Kasım 2015

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2. 1. Şiddetin Tanımı.....	5
2. 1. 1. Aile İçi Şiddet	5
2. 1. 2. Flört İlişkisinde Şiddet	6
2. 2. Flört Şiddeti İle İlgili Teoriler.....	7
2. 2. 1. Sosyal Öğrenme Teorisi	8
2. 2. 2. Bağlanma Teorisi	8
2. 2. 3. Feminist Teori	9
2. 3. Flört İlişkisinde Şiddeti Kolaylaştıran Faktörler.....	9
2. 3. 1. Mağdurun Özellikleri.....	10
2. 3. 2. Cinsiyet Faktörü.....	11
2. 3. 3. Yaş Faktörü.....	11
2. 3. 4. İlişkinin Ciddiyeti	12
2. 4. Flört Şiddetiyle İlgili Prevalans Çalışmaları.....	12
2. 5. Flört İlişkisinde Şiddetin Sonuçları	14
2. 5. 1. Fiziksel Şiddet.....	14
2. 5. 2. Cinsel Şiddet	15
2. 5. 3. Duygusal Şiddet	15
2. 6. Birinci Basamakta Flört Şiddetine Yaklaşım.....	16
2. 7. Hukukta Şiddetle İlgili Düzenlemeler	20
2. 8. Aile Hekimliği	20
2. 8. 1. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler Ve Cinsel Şiddet.....	21
2. 8. 2. Birinci Basamak Yönetimi	21
2. 8. 3. Kişi Merkezli Bakım	21
2. 8. 4. Özgün Problem Çözme Becerileri.....	21
2. 8. 5. Kapsamlı Yaklaşım	21

2. 8. 6. Toplum Yönelimli Olma	22
2. 8. 7. Bütüncül Yaklaşım.....	22
2. 9. Major Depresif Bozukluk.....	23
2. 9. 1. Epidemiyoloji.....	23
2. 9. 2. Risk Etkenleri.....	23
2. 9. 3. Etiyoloji.....	24
2. 9. 4. Biyolojik Etkenler	24
2. 9. 5. Psikososyal Etkenler	24
2. 9. 6. Tanı	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3. 1. Araştırmanın Bölgesi ve Özellikleri	27
3. 2. Araştırmanın Tipi.....	28
3. 3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem	28
3. 4. Araştırmanın Hipotezleri	30
3. 5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3. 5. 1. Bağımlı Değişkenler.....	31
3. 5. 2. Bağımsız Değişkenler	31
3. 6. Araştırmada Verilerin Toplanması	31
3. 6. 1. Araçlar.....	32
3. 6. 2. Anket Formu	32
3. 6. 3. Mağdurların Cinsel Deneyimleri Ölçeği	33
3. 6. 4. Hasta Sağlık Anketi-9	33
3. 7. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi	34
3. 8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler.....	35
3. 9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
4. BULGULAR.....	36
4. 1. Sosyodemografik veriler.....	36
4. 2. Cinsel Şiddete Uğrama Durumları ile İlgili Veriler.....	45
4. 3. Yakın ilişkilerde cinsel şiddet için bağımsız değişkenler:	51
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	58
ÖZET	64
SUMMARY.....	66
KAYNAKLAR	68
EKLER.....	78

Ek 1: Etik Kurulu Onayı	78
Ek 2. Anket Bilgilendirilme Metni	79
Ek 3. Anket Formu.....	80

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation –WHO)
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
AF	: Anket Formu
CDC	: Centers of Diseases Control and Prevention (CDC)
IPV	: Intimate Partner Violence
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
WRVH	: World Report on ViolenceandHealth
SS	: Standart Sapma
YTL	: Yeni Türk Lirası
CTS	: Conflict Tactics Scala
Ör	: Örneğin
N	: Örneklem büyüklüğü
E. Tarihi	: Erişim Tarihi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4. 1.	Üniversitedeki Süreler	37
Tablo 4. 2.	Katılımcıların Okudukları Fakültelere göre Dağılımları.....	37
Tablo 4. 3.	Katılımcıların Mezun Oldukları Liseye Göre Dağılımları.....	38
Tablo 4. 4.	Araştırmaya Katılanların Yaşadığı Ortam.....	39
Tablo 4. 5.	Araştırmaya Katılanların Aile Çeşitleri.....	39
Tablo 4. 6.	Ailenin Çalışma Durumu.....	40
Tablo 4. 7.	Katılımcının Şiddete Tanıklık Etme Durumu.....	41
Tablo 4. 8.	Katılımcının Flört Etme Durumları	41
Tablo 4. 9.	Katılımcıların Sigara Kullanma Alışkanlıkları.....	42
Tablo 4. 10.	Katılımcıların Alkol Kullanma Alışkanlıkları.....	43
Tablo 4. 11.	Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanma Alışkanlıkları	43
Tablo 4. 12.	Katılımcıların cinsel şiddete uğrama durumları	45
Tablo 4. 13.	Flört Süresi İle Cinsel Şiddete Uğrama Durumu Arasındaki İlişki	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 1. Dünya Flört Şiddet Haritası.....	2
Şekil 2. 1. Şiddet sınıflaması World Report on Violence and Health	5
Şekil 3. 1. Ankara Üniversitesi 2015 yılı Öğrenci Sayısının Dağılımı	
Şekil 3. 2. Gönüllü Katılımcı Sayısı.....	30
Şekil 3. 3. PHQ-9değerleri gösterilmiştir.	34
Şekil 4. 1. Katılımcıların Medeni Durumu.....	36
Şekil 4. 2. Katılımcıların Büyüdükleri Çevre.....	38
Şekil 4 3. Katılımcıların Depresyon Skorları Dağılımı	44
Şekil 4. 4. Cinsel Şiddet İle Depresyon Skorları Arasındaki İlişki	51
Şekil 6. 1. Cinsel Şiddet Eylem Planı Örneği	59

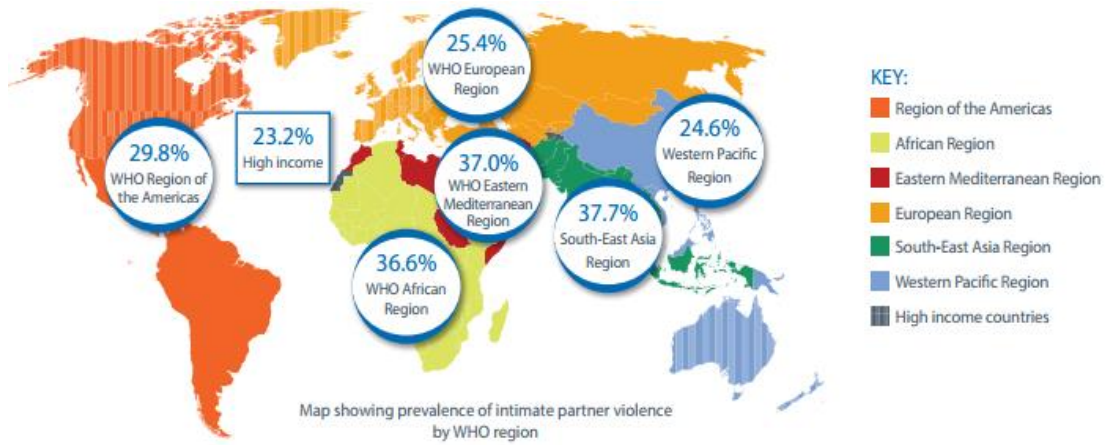
1. GİRİŞ

Şiddet, asırlar boyunca, yaşamın gerçeklerinden biri olarak varlığını sürdürmektedir. Günümüzde de aile hekimlerinin dikkatini çeken toplum sağlığı sorunlarından biridir. Her yıl dünyada 1,6 milyon kişi şiddet nedeniyle yaşamını yitirmektedir. 15- 44 yaş ölümlerinde şiddet önde gelen nedenlerdendir. Şiddet mağdurları, ölüm dışında fiziksel yaralanmalar, cinsel ve ruhsal problemlerle karşılaşmaktadırlar. Ayrıca şiddet, üretim azalması, sağlık ve güvenlik harcamalarında artış vb. nedenlerle ekonomik kayıplara neden olmaktadır (1). Literatürde şiddet ve şiddet davranışları, maruz kalanların, uygulayıcının özelliklerine göre çeşitli alt gruplarda ele alınmaktadır. Finkelhor ve arkadaşları 34 ayrı tipte şiddet tanımlamışlardır (2). Bunlardan biri de Flört Şiddeti'dir (Intimate Partner Violence).

1980'lerden itibaren flört ilişkilerinde şiddet konusu sosyoloji, psikoloji, tıp ve hukuk başta olmak üzere akademik çevrelerin dikkatini çekmeye başlamıştır (3). Bunun nedeni; bu tür şiddetin sık olduğunun keşfedilmesi ve belirgin negatif sosyal ve psikolojik sonuçları olmasıdır (3-4). Gençler için flört, yetişkinliğe ulaşmanın önemli safhalarından biridir. Ne yazık ki bu safhada pek çoğu, kendilerini flört ilişkilerinde saldırgan ve kurban rolleri içinde şiddet yaşarken bulmaktadır (5). Pek çok akademisyen flört şiddetini aile içi şiddetin bir alt türü olarak ele almaktadır (6). Gerçekten de aralarında belirgin benzerlikler vardır. Örneğin; flört eden çiftler, tıpkı evliler gibi, birbirlerini daha yakın tanıyarak daha çok vakit geçiren, daha ayrıntılı bilen ve içinde diğer insanlara göre daha fazla duygusallığı barındıran kişilerdir. Aile içi şiddet ve flört şiddet türlerinin her ikisinde de görüşler; sıklıkla kadın cinsiyetin daha fazla kurban olduğu yönündedir. Oysa ayrıldıkları unsurlar da vardır. Flört şiddetinde (Intimate partner violence) kıskançlık, alkol ve cinsellik; çatışmaların majör kaynakları iken çocuklar, para ve sosyal aktiviteler aile içi şiddetin önde gelen kaynaklarıdır (7). Çiftler arasında yaşanan şiddetin, negatif sonuçları; ekimozlardan, kırıklara, kalıcı sakatlıklara ve travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi psikolojik sonuçlara uzanabilmektedir (5). Yaşanan şiddetin olduğundan daha az algılanması, gerekli önlemlerin ihmaline neden olabilir.

Oysa, şiddetin akut etkileri olabileceği gibi, kronik etkileri de vardır ve sıklıkla, sonuçları nedeniyle akut etkileri daha zarar vericidir (8,9,10,11).

İlk flört şiddeti araştırmasını yapan Makepeace (1981), beş üniversite öğrencisinden birinin flört şiddetine uğradığını ve örnekleminin % 61'inin flört ilişkisinde şiddet yaşayan birilerini tanıdığını bildirmiştir (3). Flört şiddeti tipik olarak erkeklerin agresif saldırılarda bulunduğu, kadınların da ağır şiddet formlarına maruz kaldığı bir yaşantı olarak algılanmaktadır (12-17). Yakın partner şiddeti (intimate partner violence) tüm dünyanın etkilendiği bir sağlık sorunu olup dominant olarak da doğurganlık çağındaki kadınları ilgilendirmektedir (17). Bu doğrultuda araştırmamız genç kadınlar üzerinde yoğunlaşmıştır.



Şekil 1. 1. Dünya Flört Şiddet Haritası (18).

Flört ilişkisinde şiddet tecavüz, dövme, tehdit etme, cinsel taciz ve duygusal istismar gibi birçok şekilde gerçekleşebilir (19). Bunlardan biri de cinsel şiddettir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel şiddet: "Bir kişiye irtibatla olduğu herhangi bir kişi tarafından ev ya da iş ortamı sınırlaması getirmeksizin herhangi bir ortamda, herhangi bir cinsel aktivite, herhangi bir cinsel davranışta bulunma girişimi, istenmeyen cinsel yorumlar ya da tekliflerde bulunmak, ticaretini yapmayı istemek ya da yönetmeye teşebbüs etmek veya cinsellikle tehdit etmektir (10). Cinsel şiddet tüm dünyada karşılaşılan bir sağlık problemidir. Birçok ülke bu konuda çok sınırlı sayıda araştırma yapmış olmasına rağmen, eldeki verilere göre hemen her dört kadından birinin partneri tarafından cinsel şiddete maruz bırakıldığı ve ayrıca her üç

ergenden birinin ilk cinsel ilişkisini istemeden yaşadıkları tespit edilmiş (18). Cinsel şiddetin bir insan hakları suçu olduğu unutulmamalıdır (20).

Cinsel şiddet, mağdurların sağlığı üzerinde derinden bir etki bırakmaktadır. Sağlığa etkisi fiziksel ve ruhsal yönden olmaktadır. Fiziksel yaralanmaya sebep olmakla birlikte çeşitli cinsel yolla bulaşan hastalıkların kaynağı ya da orta ve uzun vadede üreme sağlığını tehdit eden hastalıklara dönüşebilir (21). Ayrıca ruhsal sağlık üzerinde en az fiziksel yaralanmalar kadar iz bırakır ve çok daha uzun sürebilir. Cinsel şiddet sonucu ölümlerin çoğu intihar, HIV veya öldürülme-özellikle mağdur eden tarafından - olarak tespit edilmiştir. Cinsel şiddet ayrıca kişinin sosyal yaşantısını da derinden etkilemektedir. Toplum içinde rencide edilip, aileleri tarafından dışlanabilirler (21). Araştırmamız, flört şiddetinin kronik etkilerinden biri olduğu düşünülen depresyonu da sorgulamak ve flört şiddeti ile ilişkisini araştırmak olarak yapılandırılmıştır.

Zink ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 18-64 yaş arası yakın partner şiddeti gören kadınların, şiddetle karşılaşmayanlara oranla %48,8 daha fazla birinci basamak sağlık hizmeti aldıkları bulunmuştur. Özellikle baş ağrısı, kronik ağrılar, irritabl barsak sendromu, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu gibi kronik fiziksel ve psikolojik şikayetlerle başvurdıkları tespit edilmiştir. Sonuçta birinci basamak hekimlerinin sıklıkla yakın partner şiddetine uğrayan kadınlarla karşılaşacağı anlaşılmıştır. Çalışmamızda yakın partner şiddeti içinde cinsel şiddeti araştırırken mağdur ve mağdur edenin sağlık sorunlarına, akut ve kronik sonuçlarına ve toplumsal bir proje olarak da aile hekimliği açısından bakılmıştır (22).

Çalışmamızda amaç; flört şiddetinin kapsamında, genç kadınlarda sık görülen bir alt başlığı olarak cinsel şiddet ele alınacak, hayat boyu karşılaşma durumu ile son altı aydaki öykünün irdelenmesidir. Üniversite yerleşkelerinde de flört şiddeti oldukça yaygındır (14). Daha önceki araştırmalardan örnek alınarak, çalışmamızın örneklemini kadın üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Bir sorunun çözümünde ilk adım, sorunu ve büyüklüğünü tanımlamaktır. Cinsel şiddet sonucunda meydana gelen sağlık ve güvenlik riskleri göz önünde bulundurulduğunda, cinsel şiddetin yaygınlığını ve sıklığını; en sık karşılaşılan formlarını öğrenmek, koruyucu programların geliştirilmesi açısından da çok önemlidir (5, 3, 13,20-22, 23). Bu araştırmanın amacı, Ankara Üniversitesi'nde kadın öğrencilerde flört ilişkilerinde

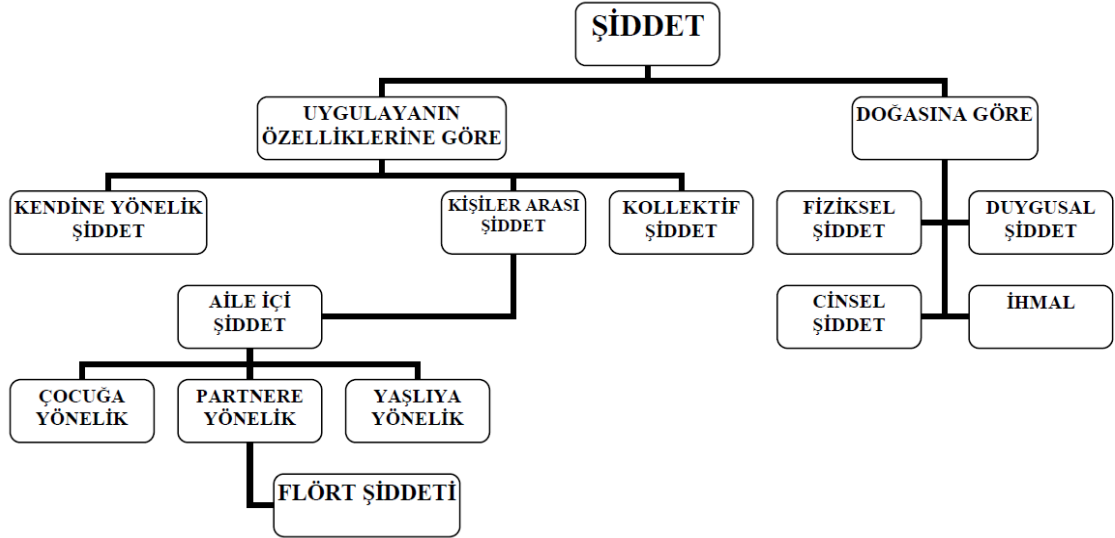
yaşanan cinsel şiddet prevalansını belirlemek, olası risk faktörlerini öğrenmek, cinsel şiddetin üniversitelerde önlenmesi ve zararlarının azaltılması için gerekli önlemleri tartışmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Şiddetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) şiddeti “yaralanma ya da yaralanma tehlikesi, ölüm, psikolojik hasar, gelişim bozukluğu veya yoksunlukla sonuçlanan, bir kişiye, kişinin kendine, bir grup ya da topluma kasıtlı olarak fiziksel ya da duygusal zorlama, güç kullanılması ya da tehdittir” olarak tanımlamaktadır (1).

Şiddet; World Report on Violence and Health (WRVH) göre ikiye ayrılır: Uygulayanın özelliklerine ve doğasına göre. Uygulayanın özelliklerine göre ise üç kategoriye ayrılmaktadır: (Şekil 2. 1. 1). Bu kategoriler kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddettir. Şiddet, doğasına göre ise dört kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler fiziksel şiddet, duygusal şiddet, cinsel şiddet ve ihmaldir (3).



Şekil 2. 1. Şiddet sınıflaması World Report on Violence and Health (WRVH)

2. 1. 1. Aile İçi Şiddet

Kişiler arası şiddetin alt tiplerinden biri de aile içi şiddettir. Aile içi şiddet çeşitli başlıklar altında incelenmiştir; “Domestic violence”, “domestic abuse,”

“domestic assault,” “battering,” “partner abuse,” “marital dispute,” “wife beating,” “woman abuse,” bunlardan birkaçıdır (23). Aile içi şiddet, sadece evli çiftler arasında olmaz; aynı zamanda aynı ev içinde birlikte yaşayan fertlerin ilişkilerinde görülebilir. Örneğin, çocuk istismarı (çocuğa yönelik) , yaşlı istismarı (yaşlıya yönelik), flört şiddeti (partnere yönelik) gibi ilişkilerde de görülebilir (4).

2. 1. 2. Flört İlişkisinde Şiddet

Evli olmayan çiftler arasında yaşanan romantik ilişki veya karşı cinsiyetle planlanmış sosyal aktivitelerde bulunma “flört ilişkisi” olarak tanımlanabilir. Flört etmek birçok ergen ve genç erişkinin yaşamında önemli bir aktivitedir (3). Genç erişkinlerin, ortak paylaşımlarla başlayan yakınlığı kendi kimliği de geliştirmekte olduğundan karşı cinsle ilişki kurmaları daha kolay olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde, adölesanların yarısından fazlasının on altı yaş civarında flört etmeye başladığı ve on yedi yaş gibi ilk cinsel deneyimini yaşadığı, %75 ‘inden fazlasının, on dokuz yaşında, aktif cinsel yaşamları olduğu tespit edilmiştir (5). Flört ilişkisinde şiddet: “Psikolojik veya duygusal istismarı kapsayacak şekilde baş başayken ya da toplum içinde fiziksel saldırı veya fiziksel ve ruhsal bedene zarar vermek amacıyla yapılan her tür hareket” olarak tanımlanabilir. Başka bir tanıma göre fiziksel, duygusal ve seksüel şiddet, ilişkide baskın olmak amacıyla birlikte olunan kişiye kasıtlı zarar vermektir (3,4,23,34). Cinsel şiddet tanımı ise, cinsel içerikli davranışların, rıza olmadan temas olsun veya olmasın kişiler arasında, çeşitli seviyelerde gerçekleşmesidir (26).

Doğasına göre yaşanan şiddet tipleri:

A. Fiziksel şiddet: Kişiler arasında gerçekleşen dokunma, vücut teması, sürtüşme sonucunda fiziksel ve duygusal yaralanmadır (26).

B. Duygusal veya psikolojik şiddet: Kişinin zihinsel duygusal sağlığına ve psikososyal gelişimine, uygunsuz davranışlarla zarar vermesidir (26).

C. Cinsel şiddet: Zor kullanarak yapılan veya uygunsuz olan cinsel teması içerir. Mağdurun vücudunun herhangi bir yerine izinsiz dokunulması veya bir cisimle oral, vajinal veya anal penetrasyonda bulunulması veya teşebbüsü olarak da tanımlanabilir.

D- İhmal: Kendine bakmaktan yoksun kişiye gerekli bakımın fiziksel ya da ruhsal olarak sunulmaması, ihtiyaçlarının yetersiz karşılamasıdır (26).

Şiddetle daha sık karşılaşan gruplar diğer yaş gruplarına göre genç erişkinlerdir. Gençlerin en sık karşılaştıkları şiddet türlerinden biri ise flört şiddetidir. Flört ilişkisinde şiddet yaşayan gençler, mağdur ve mağdur eden rollerinde olabilirler. Flört ettiği kişi tarafında şiddete uğrayanlar mağdur, flört ettiği kişiye tehdit edici veya zarar verici davranışlarda bulunan kişi ise mağdur edendir. Her iki cinsiyette, mağdur veya mağdur eden mevcuttur (26,27).

Araştırmacılar tarafından aile içi şiddet uzun yıllar irdelenmiştir. Ancak genç erişkinler arasında yaşanan flört şiddeti göz ardı edilmiştir. Flört ilişkisinde şiddetin ihmal edilmesinin sebepleri; genç yaşlarda ilişkilerin kısa vadeli olması, yapısının ve içeriğinin çabuk değişebilmesi ve ilişki içindeki kişilerin beraberliklerini ilişki olarak tarif etmekten kaçınmaları olarak açıklanmaktadır. Genç erişkinler ilişkilerini ‘birini görmek, çıkmak, takılmak’ şeklinde tanımlamaktadırlar (28). “Flört ilişkilerinde şiddet” konusunun akademik çevrelerin ve adalet sisteminin dikkatini daha fazla çekmeye başlamasının nedeni; şiddetin yaygın negatif sosyal ve sayısız psikolojik sonuçlar doğurmasıdır (3,10). Başta HIV olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların, istenmeyen gebeliklerin, yasa dışı abortusların hızla artması, madde ve alkol bağımlılığı tırmanması dünyanın bu konuya olan bakış açısını değiştirmiştir. İlk etapta gençler arasında yaşanan cinsel davranışlar mercek altına alınmış ve zaman içinde dikkat, romantik ilişki yönüne kaymıştır (28). İlk kez, flört ilişkilerindeki cinsel şiddetin araştırılması 1981 yılında Makepeace tarafından yapılmıştır ve her beş üniversite öğrencisinden birinin flört şiddetine uğradığını bildirmiştir (3). Sonuçta, flört şiddeti, birinci basamakta aile hekimliğinin de ciddi bir sorunudur.

2. 2. Flört Şiddeti İle İlgili Teoriler

Flört şiddetin temelinde 3 önemli teori bulunmaktadır:

2. 2. 1. Sosyal Öğrenme Teorisi

Bu teori; ilişkilerde şiddetin kuşaklar arası geçiş hipotezini desteklemektedir. Kuşaklar arası geçiş hipotezi; davranışların aile içinde şiddete maruz kalma yoluyla öğrenildiğini savunmaktadır.

Çocuğun şiddete tanık olması, şiddete maruz kalması ve ailesinden öğrendiği şiddeti yetişkinlik döneminde kurduğu ilişkilere yansıttığını öne sürmektedir. Bu durum çocuğun kendini ifade edebilme, karşı tarafın üstünde güç ve kontrol sahibi olma ihtiyacını etkilemektedir. Kişiler, kendini yetkin ve kontrol altında hissetme gibi çabuk gelen ödülleri nedeniyle anlaşmazlıkları çözmenin yolunu şiddet kullanarak bulmaktadır (3,4,29). Geç adolesanlık; yetişkinliğe göre aile içinde maruz kalınmış son şiddet deneyimine daha yakın bir dönem olmasının yanı sıra ebeveyn şiddetinin de çocuğa karşı tırmanışa geçtiği bir dönemdir. Bundan dolayı genç erişkinlikte kurulmuş flört ilişkilerinde şiddet, yetişkin bireylerden çok daha yüksek oranlardadır. Ebeveyn şiddeti açısından erkekler babanın uyguladığı veya maruz kaldığı şiddetten etkilenmekteyken, kadınlar ise hem anne ve hem de babadan etkilenmektedir (3,5,29) ve destekleyici tutumlar bu açıdan anahtar rol oynamaktadır (5,6,27,29).

2. 2. 2. Bağlanma Teorisi

Çocuklar, ilişkilerini kendilerine bakan ebeveynlerini rol model olarak geliştirir. Bu teoriye göre gençler birlikte olduğu kişileri bu özelliklere göre seçerler. Çocukluğunu uyumlu, duyarlı ve ilgili ebeveynle geçiren genç erişkinler, duygusal anlamda sağlıklı bireylerle beraber olurlar. Genç erişkinler; flört ettikleri kişileri, ilişki aile içindeki modellere göre seçmektedirler. Kişiler için saldırgan olma veya saldırıya maruz kalma yüksek risk, güvensiz bağlanma dönemi geçirmekten kaynaklanır. Agresif tavır ve üstünlük hissi fazla olanlar saldırgan rolüne, pasif tavır ve yetersizlik hissi fazla olanlar ise mağdur rolüne kaymaktadır. Bağlanma teorisi; çocuk istismarına maruz kalmış genç yetişkinlerin, flört ilişkisinde, mağdur ve saldırgan olma açısından şiddeti eşit oranda yaşadığını savunur. (5, 27,29).

2. 2. 3. Feminist Teori

Şiddetin türlerini ataerkil değerler sisteminden kaynaklandığını savunur. Problemin ana nedeninin romantik ilişkide ataerkil değerler sistemindeki güç ve kontrol yetisi olduğunu benimser. Feminist teori ilişkideki şiddeti, cinsiyete göre tanımlamaktadır. Kadın mağdur, erkek saldırgandır ve fiziksel olarak tehdit oluşturur. Erkekler tarafından gerçekleştirilen saldırılar zulüm olarak nitelendirilir. Bu teoride geleneksel yapılanmada erkeğin baskın, kadının itaatkâr rollerde olması ilişki içinde güç dengesini bozmakta ve ilişkide şiddet doğmaktadır. Feminist teoride kadınlar pasif, uyumlu, itaatkâr, işbirlikçi, bakıcı ve öfke ifadesinde yetersiz yetiştirilmektedir. Bu tutum ilişkide güç dengesizliğine neden olmaktadır. Kadın bir bütün halinde değil parçalar halinde bakıcı ve cinsellik sunan olarak ve erkeğin ihtiyaçlarını karşılayan cinsiyet olarak algılanmaktadır (3,5,29).

2. 3. Flört İlişkisinde Şiddeti Kolaylaştıran Faktörler

Aile yapısında bozukluk olan ve kötü muameleye maruz kalan genç erişkinler; eksik kalan yakınlık ihtiyaçları ve ret edilmişlik duyguları nedeniyle flört ilişkisi kurmakta acele edip, ailelere duydukları bağılılık hislerini olgunlaşmamış şekilde akranlarına transfer etmektedirler. Sonuçta birbirlerine yönelik şiddet içeren davranışlar ortaya çıkar (5). Flört ilişkisinde şiddeti ortaya çıkaran risk faktörleri; kıskançlık; agresyonun boşaltılması; ilişkide baskın olmaya duyulan ihtiyaç; çiftin, cinsellik ve cinsel aktiviteler hakkında anlaşılamaması; olarak sayılmaktadır (26). Erkeği ilişkide şiddet uygulamaya iten etkenlerden biri de toplumsal baskıdır. Kadına yönelik şiddet sadece iki farklı cins arasında değil, toplumun kültürel değerleri ve kişilerin toplumla ilişkileri ile de ilgilidir (30,31). Flört ilişkisinde şiddetin ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenler üzerinde yapılan araştırmalara göre; erkekler, fiziksel olarak güçlü olmaları nedeniyle tehlikelidir.

Tekrar eden intihar girişimleri, yasa dışı madde kullanımı, fazla miktarda alkol tüketimi, fazla sayıda cinsel partnere sahip olma, zorla cinsel ilişki kurma, çok sayıda seksüel aktivitede bulunma, flört tecrübelerinin fazla olması, son on iki ay içinde

fiziksel saldırıyla tehdit edilmek ve akran şiddetine maruz kalmak erkek ve kadın cinsiyetlerinde motive eden flört şiddeti etkenleri arasında sayılmaktadır (6,20,32). İlişkide, iletişim kuramama ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik de şiddete yönelten faktörlerdendir (3).

2. 3. 1. Mağdurun Özellikleri

Şiddet mağdurlarını inceleyen araştırmalara göre mağdur oluşu açıklayan iki teori vardır:

Heterojenite Modeli Teorisi: Kişinin şiddet mağduru olmasını, onun karakteristik özelliklerinden kaynaklandığını öne sürer. (33).

Bölgesel Bağımlılık Teorisi: Kişinin şiddetle karşılaştıktan sonra değiştiğini öne sürer. Uğradığı şiddetten sonra mağdur depresyona girer ve savunmasız hale gelir. İlerleyen zamanda şiddeti normal bir yaşam tarzı olarak görür (33).

Flört ilişkisinde mağdur olma durumu kadınlık-erkekliğe göre incelendiğinde: kadınların şiddet mağduru olmaları yaş küçüklüğü, çocukluk çağı istismarı, parçalanmış aile öyküsü, düşük ebeveyn eğitim düzeyi, suç işlemeye eğilimli yapı, cinsel ilişkiye girmiş olma ve fiziksel olarak immatür olma ile ilişkili bulunmuştur (7,34). Ataerkil ailelerde yetişen kız çocuklarında cinsel, fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalma olasılığı yüksektir. Genç erişkinlerde, mağdur arkadaş edinmek flört ilişkisinde şiddet görme ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (6,27,34). Bu durum sadece flört şiddeti ile değil kişinin kendine yönelik intihar düşünceleri ile de ilişkili bulunmuştur (6).

Aile içi şiddete tanık olanlar, ebeveynlerinden biri tarafından çocukken şiddete uğrayanlar, flört ilişkilerinde şiddet yanlısı olmayla ilişkili bulunmuştur (35). Aile bireyleri tarafından ilgilenilen genç erişkinler, problemleri davranışlardan korunurlar (ör. madde kullanma, riskli seksüel davranışlar, erken yaşta cinsel ilişki). Araştırmalar, parçalanmış ailelerin, ilgide yetersiz kalması nedeniyle, gencin şiddet mağduru olma ihtimalinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

2. 3. 2. Cinsiyet Faktörü

Araştırmalar fiziksel şiddet söz konusu olduğunda her iki cinsiyetin de mağdur ve saldırgan rollerinde olduğunu göstermektedir (13,14,25,27,36,33,37). Kadınlar ve erkekler eşit oranda şiddet mağduru olduklarını bildirirler de, kadınlar erkeklere nazaran daha ağır fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (10,14). Cinsel istismar söz konusu olduğunda, her yaş grubunda kadınlar mağdur rolündedir. Kadınların erkeklere nazaran daha çok cinsel istismara uğradığı ve erkeklerin ise cinsel istismar uygulayıcısı oldukları görülmektedir (5,13,14,25,36). Çocukluğunda kötü muamele ile karşılaşma öyküsü olan erkeklerin, flört ettikleri kişilere, fiziksel istismar ve tehdit eden davranışlar uygulama riski oldukça yüksektir. Kırsal bölgede yaşayanların flört ilişkilerinde mağdur olma riskleri şehir merkezinde ve çevresinde yaşayanlara kıyasla daha fazladır (10, 36).

2. 3. 3. Yaş Faktörü

Yakın ilişkilerde yaşanan ölümcül olmayan şiddete en fazla uğrayan yaş grubu 16-24 yaşlar arasındaki kadınlardır (33). Çalışmalar şiddetin en çok genç çiftler arasında yaşanmakta olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada genç çiftlerin %90'nın yakın ilişki içinde bulundukları kişiye psikolojik agresyon gösterdiği saptanmıştır (38). Genellikle fiziksel agresyonun psikolojik agresyonu takip etmekte olduğu göz önünde bulundurulursa, durumun ciddiyeti anlaşılabilir. Lise çağlarında %10-25 arasında değişen şiddet oranı, üniversite çağlarında %20-30'a tırmanmaktadır. Yaşın, daha ileriki yıllarda, şiddet uygulayıcısı ve mağduru olmayla ters orantılı olduğu bulunmuştur. Erişkinliğe yaklaştıkça ilişkide şiddet azalmaktadır(5,38). 16-24 yaşları arasındaki genç kadınlar diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre dört kat fazla cinsel istismara uğramaktadır. Bu yaş gruplarında, saldırgan çoğunlukla tanıdık veya flört ettikleri kişilerdir. Ayrıca tecavüz girişimine uğramış genç kadınların üniversite yıllarında tecavüze uğrama olasılıkları da 2 kat fazladır (39). Şiddet davranışlarının, ileriki yıllarda kalıcı alışkanlık olması ve normal kabul edilmesi büyük bir tehlikedir (20,28).

2. 3. 4. İlişkinin Ciddiyeti

Evli, birlikte yaşayan ve flört eden çiftlerde yapılan bir çalışmada; şiddetin, birlikte yaşayanlarda, evlilerden fazla görüldüğü ortaya konmuştur. Buna neden olarak, evlilerin ilişkinin sağlığını bireysel ihtiyaçlarının önünde tutmaları, aralarındaki anlaşmazlıkları çözmek ve yaşanan şiddeti minimize etmek için yeni beceriler öğrenmeleri gösterilmiştir. Birlikte yaşayan çiftlerin, evlilerden fazla şiddet yaşamalarının nedeni de birlikte yaşamalarına rağmen kendi bağımsızlıklarını muhafaza etmeleridir.

Yapılan çalışmalar; çiftler arasında ilişkinin süresi uzadığında, ilişkideki ciddiyet, duygusal yoğunluk ve bağlılık düzeyi azaldığında, çiftler arasında yaşanan şiddetin artmakta olduğu görülmektedir. Gençler arasında flört ilişkisinde yaşanan şiddette öfke, kıskançlık, misilleme ve kendini koruma ana nedenlerdir. Bazı çiftler bağlılık düzeyi yüksek olan ilişkilerinde yaşadıkları şiddeti aşkın ve bağlılığın bir ifadesi olarak değerlendirmektedir. Bu sebeple şiddeti, ilişkilerini bitirmek için neden olarak görmemektedirler. Üniversite çağındaki erkeklerin cinsel ilişkilerinde şiddet uygulayıcısı olmalarının nedeni, kendilerine ile güç sahibi hissetmeleri ve tatminsiz duygularıdır (40).

2. 4. Flört Şiddetiyle İlgili Prevalans Çalışmaları

Literatürde flört şiddeti prevalansları % 3 ila 95 arasında değişmektedir (37,41). Şiddet çalışmalarında belirlenen prevalans değerlerindeki farklılıkların nedenleri şu şekilde özetlenebilir:

1. Flört ilişkisinde, şiddetin tanımındaki çeşitlilik ve literatürde tanımda uzlaşım olmamasıdır. Örnek olarak pek çok araştırma aynı cinsiyetteki çiftleri flört ilişkisi tanımına sokmamıştır (3).

2. Şiddetin alt grupları fiziksel, duygusal, psikolojik ve cinsel şiddettir. Fiziksel şiddet en çok araştırılması tercih edilmiş şiddet türüdür. Duygusal şiddet ve cinsel şiddet konusunda çalışmalar oldukça azdır (3,10).

3. Ölçümlerin bir kısmı uygulanan ve maruz kalınan şiddeti ömür boyu, bir kısmı da kişinin yaşamının son 12 ayını içine alacak şekilde değerlendirmiştir. Ölçüm yöntemlerinden en çok kullanılan Straus'un geliştirdiği " Conflict Tactics Scala" (CTS) , fiziksel ve duygusal şiddeti ölçen bir skaladır (42). Ancak cinsel şiddeti ölçmemektedir.

4. Araştırmaların veri toplama yöntemleri (ör. yüzyüze görüşme, telefon yoluyla görüşme, anket doldurma vs), örneklem alma yöntemleri (ör. hastanede yatan hastalar, genel populasyon, ayakta tedavi gören hastalar, okullar vs) varyasyon göstermesi nedeniyle prevalansların çeşitliliğine neden olmaktadır (3).

5. Bazı çalışmalar şahsın halen beraber olduğu kişiyle olan ilişkisi çerçevesinde şiddet prevalansını ölçerken, bazılarıda geçmişte beraber olduğu bütün kişileri incelemektedir (3).

6. Uygulanan anketlerin çoğunda şiddet uygulayıcısının şiddeti kendini savunma amacıyla uygulayıp uygulamadığı ayrımı yapılmamıştır (10,14).

7. Literatürde erkeklerin kadınlara şiddet uygulamasının sosyal anlamda kabul gören bir durum olmadığı bildirilmektedir. Kadınların erkeklere kıyasla daha çok şiddet araştırmalarına katılmaya gönüllü oldukları da tespit edilmiştir (10,14,15).

8. Fiziksel şiddet bazı kaynaklarda minimal şiddet ve diğer şiddet biçimleri olarak iki kategoride ele alınmıştır. Çalışmalarda prevalans değerlerindeki farklılıkların bir nedeni de ele alınan davranışların ağırlıklarının farklılığıdır (37).

Sonuç olarak; üniversite öğrencilerinde flört şiddeti prevalansı, diğer yaş gruplarına nazaran yüksek bulunmuştur. Duygusal şiddeti de içeren araştırmalarda prevalans yüksek, diğer şiddet türlerinin bir ya da birkaçına odaklananlarda daha düşüktür.

Kadınlar, kendilerine uygulanan fiziksel şiddeti gizlemekte veya kaza olarak çevresine bildirmektedir. Çocukluğunda aile içi şiddete tanıklık, hem kadının hem erkeğin şiddeti algılama ve yorumlamasını etkilemektedir.

2. 5. Flört İlişkisinde Şiddetin Sonuçları

Flört şiddetinin fiziksel, psikolojik; akut ve kronik sonuçları olabilir. Yapılan araştırmalar; şiddet mağduru olanların olmayan yaşlılarına göre daha fazla fiziksel sağlık problemlerine, ölüme ve yaralanmaya maruz kaldıklarını göstermektedir. Özgüvende azalma, ciddi mental bozulmalar; öfke patlamaları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar düşünceleri, intihar girişimleri, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, sağlıksız kronik gastrointestinal ve kardiyovasküler hastalıklar, güvensiz seks, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, düşükler, riskli seksüel davranışlar, erken (15 yaşından önce) cinsel ilişkiye girme, cinsel ilişki sırasında doğum kontrol yöntemleri kullanmama, fazla sayıda cinsel partnere sahip olma, cinsel ilişkiye girmeden önce bağımlılık yapıcı madde kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma gibi uzun vadeli sağlık problemleri oluşabileceğini ortaya koymaktadır. Şiddetin kadın mağdurları, erkeklerden ağır yaralanmalara maruz kalmakta ve yine erkeklerden daha çok stres yaşamaktadır. Özetle şiddetin sonuçları yaralanmalardan, ölüme kadar geniş bir yelpaze içinde değişmektedir (9,10,13,27,28,29,33,36,40). Çalışmalar flört ilişkisinde şiddet yaşayanların kendini aşırı derecede suçladığını ortaya koymaktadır. Bunların yanı sıra flört ilişkisinde şiddet öyküsü bulunanlarda, problem çözme yeteneğinde azalma ve konsantrasyon yeteneğinde düşme gözlenmiştir (29,40). Geçmişte flört ilişkilerinde şiddet yaşadığını bildiren yetişkinlerde, işyerindeki sorumluluklarını yerine getirmede zorluk ve iletişim becerilerinde azalma görülebilmektedir. En endişe verici ve trajik sonuç ise cinayettir (29,40).

2. 5. 1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel istismar niteliğindeki davranışlar genellikle küçük saldırılarla başlar (43) ve şiddet düzeyi arttıkça, davranış tekrarlandıkça sırt gibi görünmeyen yerlere yönelir.

2. 5. 2. Cinsel Şiddet

Kadınların, birçok farklı durumla karşı karşıya kaldığını ve şiddetin nasıl meydana geldiğini algılamak gerekir. Özellikle cinsel şiddetin; yakın partner ilişkileri ve romantik ilişkiler ile doğrudan etkileşimi mevcuttur. Ergenlik döneminde maruz kalınan cinsel şiddet madde kullanımı, güvensiz seks, gebelik ve intihar davranışlarıyla ilişkilidir. Aile hekimleri bu yaş grubunda cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle çok dikkatli olmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, flört ilişkisinde yaşanmakta olan şiddetin bir habercisi olabilir. Etiyolojisi açıklanamayan sık baş ağrıları, abdominal ve pelvik ağrılar, açıklanamayan çürükler cinsel şiddetin göstergesi olabilir (44).

2. 5. 3. Duygusal Şiddet

Flört ilişkisinde şiddete uğrayan genç erişkinin psikolojik iyilik hali bozulmuştur. Flört ilişkisinde yaşanan şiddet, mental sağlık sorunları, riskli seksüel davranışlar, madde kullanımı (örneğin sigara ve alkol kullanımı) ve travma sonrası stres bozukluğu ile doğrudan ilişkilidir (41,45,46,47). Psikolojik şiddet çoğu zaman fiziksel şiddetle ilişkilidir (14,38). Geçmişteki travmatik deneyimlerle, psikolojik bozukluklar paraleldir (48,49). Şiddete direk maruz kalmaya da tanıklık etme; depresyon, anksiyete ve uyku problemleriyle ilişkilidir (8,28,47). Örneğin cinsel şiddete maruz kalan kişiler riski yüksek davranışlara yönelebilir. Kişinin kognitif gelişimi ve yaşı şiddete nasıl cevap verdiği ya da vereceğini belirler. Genç erişkinler ağır şiddete tanık olduklarında gençlerden fazla etkilenirler. Çünkü bu yaş grubunda, diğerlerine yardım edememekten kaynaklanan suçluluk hissi baskındır (47).

Pretoria Üniversitesi'nde 2004 yılında yapılan bir çalışmada; üniversite kampüsünde cinsel saldırıya uğrayan kadın öğrencilerin, bu durumu kampüs güvenliğine haber vermemelerinin nedenleri, aileleri tarafından suçlanacakları ya da sınıf arkadaşları tarafından dışlanacakları korkusuyla olduğu bulunmuştur. Mağdurun kendini suçlu hissetmesi, saldırıyı açıklayamamasının nedeni de olabilir (50). Bu durum sağlık çalışanlarına, polislere, adalet sistemine, eğitim personeline,

flört şiddetine maruz kalan genci tanınmasını sağlaması yönünde önemli görevler vermektedir (20).

2. 6. Birinci Basamakta Flört Şiddetine Yaklaşım

Şiddete maruz kalmış olan genç erişkin, yaşadığı fiziksel travmadan çok psikolojik travma yaşar. Güven duygusu, ilk kaybolan duygudur. Bu nedenle dış dünyayla olan ilişkisini sağlıklı kuramaz. Şiddet mağdurları uğradıkları şiddeti sağlık personeline açıklamakta tereddüt ederler. Bundan dolayı hastanın şiddete maruz kaldığını tespit etmek birinci basamakta aile hekiminin görevleri arasındadır (43, 51). Popüler inancın aksine, fiziksel travmalar istismarın en yaygın görülen belirtileri değildir. Daha yaygın görülen belirtiler, kronik yorgunluk gibi psikolojik-psikiyatrik şikâyetlerdir. Şiddet mağduru için cinsel saldırı ile ilişkili konuşmak çok zor olabilir. Ayrıca yüz yüze görüşmelerde bu travmatize edici de olabilir. İtiraf etmeyenlerde şiddeti ortaya çıkarmak için en önemli unsurlardan biri de mağdur ile iyi bir iletişim kurmaktır (43). Şiddet mağduru hasta, partnerinin kendisine uyguladığı şiddetin boyutlarını küçültebilir veya vücudundaki hasarın niteliği ve boyutlarıyla bağdaşmayacak şekilde bir ilgisizlik sergileyebilir. Görüntüsünden korktuğu, utandığı ve bir şeyden kaçındığını düşündürebilir. Ufak örselenmeler hakkında boyutlarıyla bağdaşmayacak şekilde bir duygusallık ortaya koyabilir.

Hasta ve partnerinin davranışları önemli ipuçlarıdır (43). Hasta, şiddet konusu açıldığında iletişimi kesebilir, hatta muayenenin başından itibaren iletişime istekli olmayabilir. Görüşmenin büyük bir bölümünde gözlerini kapatabilir veya göz kontağından sürekli kaçabilir. Bu durumda da iletişim kurmak için çaba sarf edilmelidir (43,51). Şiddet mağdurunun ipuçlarından biri de tedirgin tavırları olabilir. Kapı her açıldığında irkilebilir veya biri odaya girerse korktuğuna dair bir görüntü sergileyebilir (43). İstismarın mevcut olduğu bir ilişkiyi yaşama durumunda olan kadınlar tipik olarak, hareketleri açısından çok sıkı kontrol altındadırlar. Eğer partneri ile birlikte muayeneye gelmişse; partnerin davranışları da önemli ipuçları verecektir (52). Bütün görüşme boyunca, partneriyle birlikte içeride kalmayı istemesi, kadına soru sorulduğunda, cevabı partnerinin vermesi, kadının kendisi

hakkında konuşmaya istekli görünmemesi söz konusu olabilir. Kadın partnerin cevaplarıyla ters düşmekten korkmaktadır (43). Görüşme sırasında, istismarcı partner zaman zaman hastaya veya sağlık personeline karşı düşmanlık ve öfke sergileyebilir. Ancak, çoğunlukla, hastanın ihtiyacı olan bakımı sağlamaya çalışan sevecen bir eş görüntüsünde olacaktır. Her kadın potansiyel bir mağdurdur; bu nedenle, olası her durumda şiddetle ilgili sorular sorularak durum açıklığa kavuşturulmaya çalışılmalıdır.

Aile hekimleri açısından şiddetin değerlendirilmesi önemlidir. Periyodik olarak görülen hastalara, düzenli aralıklarla şiddet hakkında sorular yöneltilmesi, mağdurların belirlenmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, bir vizitte şiddet yaşandığını kabul etmek istemeyen bir hasta başka bir seferinde gerçeği söyleyebilir (22).

İlk aşamada önemli olan konuya nasıl girileceğini planlamaktır. İyi bir göz kontağı, ilgiyle dinleme ve empati kurma yoluyla hastayla güven ilişkisi kurulması vazgeçilmezdir. Başvuran her hastadan anamnez alırken ya da hasta kabullerinde konuyla ilgili sorulacak sorular, olguların yakalanmasına katkı sağlayabilir. Bütün hastaların, aynı tipte sorulara cevap vermeyeceğini unutulmamalıdır. Duruma göre, kişinin özellikleri gözetilerek, yaklaşımda değişiklik yapılmalıdır. Örneğin direkt sorularla başlanabilir (52):

“Öncekilerde ya da şimdiki ilişkinizde hiç dövüldüğünüz, tehdit edildiğiniz ya da korkutulduğunuz oldu mu?”

“Başınızdan hiç tecavüz olayı geçti mi ya da istemediğiniz halde seks yapmaya zorlandığınız oldu mu?”

“Şiddet kadının hayatında sıkça yaşadığı bir durum olduğu için muayeneye istismar ve şiddet hakkında soru sorarak başlıyoruz. ”

Dolaylı sorular da bazı durumlarda daha etkin bir araç olabilir (43):

“Doğum kontrolü yöntemlerini konuşmadan önce eşinizle olan ilişkiniz hakkında biraz daha bilgi vermeniz iyi bir fikir olabilir. ”

“Bunun, sizin için bir problem olup olmadığını bilmiyorum ama bana gelen hastaların çoğu evinde gerginlikler yaşıyor. Bazıları konuyu kendileri ortaya getirmeye korkuyorlar ve bundan rahatsızlık duyuyorlar; ben de gelen her hastaya bu konu hakkında soru soruyorum. ”

“Bu şikâyetleriniz stres sonucunda ortaya çıkmış olabilir. Eşinizle- flörtünüzle sık sık kavgaya eder misiniz?”

Amerikan Pediatri Akademisi’ne göre flört şiddetinden şüphelenilen geç adolesanlara “Hepimiz zaman zaman anlaşmazlıklar yaşarız. Sen ve erkek arkadaşın farklı fikirlerde olunca ne oluyor? “ ya da

“ erkek arkadaşından korkar mısın?”

gibi flört şiddetine dair ipuçları yakalanabilecek sorular sorulabilir (52).

Şiddetin, öfke kontrolü gibi beceriler kazandırılarak agresif davranışların engellenmesi ile ilgili çalışmalar vardır. Bu çalışmalarla kişilerin şiddet davranışlarının; duygusal şiddette %25, cinsel ve fiziksel şiddette %60 oranında azaltılabildiği tespit edilmiştir. Sekonder korunma ile cinsel şiddette %61, diğerlerinde ise %28-30 azalma belirlenmiştir (53). Korunma programlarının önemli parçalarından biride aile hekimleridir. Primer korunma yöntemlerinin amacı tüm toplumda davranış biçimlerinin değiştirilmesidir. Sekonder korunma yöntemleri; ilişkinin gelişim sürecini ve mevcut hataların belirlenerek değiştirilmesidir.

Her iki koruma yöntemiyle bu konuda aile hekimleri kilit rol oynayabilir. Mağdurun hataları ve saldırganın hataları düzeltilmeye çalışılır. Hatalı davranışlara yönelik farkındalığının artırılması önemli bir basamaktır. Şiddeti doğuran dinamikler, şiddet davranışları, karşılıklı güvensizlikler ve çiftin birbirlerine karşı sorumlulukları masaya yatırılmalı ve tartışılmalıdır. Mağdurun savunuculuğunu yaparken hatalarını göstermekten çekinmemeli, saldırganın da sağlığı ile ilgilenirken tarafsız yaklaşabilmelidir. Sekonder korunmanın amacı risk faktörlerinin belirlenerek azaltılmasıdır (53) . Şiddetin önlenmesi ile ilgili yardım kurumları ve kuruluşlarının oluşturulması ve buralarda ilişkide şiddetin kaynaklarını ve sonuçlarını araştırabilecek bireye ve çifte yasal yardım sağlayabilecek elemanların görevlendirilmesi (sosyal hizmet uzmanı, psikolog...) gerekir (5). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının mesleksel sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için WHO aşağıdaki önerilerde bulunmuştur:

1. Sağlık çalışanlarına duyarlılık ve bilgilendirme eğitimleri yapılmalı.
2. Böylece bireysel ön yargılarını sorgulamaları sağlanmalı.
3. Sağlık çalışanları şiddete uğrayan kadının tanısını koymaya yönelik eğitilmeli.
4. Sağlık çalışanları aile bireyleri tarafından şiddete uğrayan hastalarının da tüm bulgularını kayıtlara geçirmelerine yönelik eğitilmeli.
5. Şiddetin tüm delillerinin korunması ve belgelendirilmesinin önemi konusunda eğitilmeli.
6. Sağlık çalışanları bu konu ile ilgili bir protokol hazırlanması için cesaretlendirilmeli.

Sağlık çalışanları için şiddete uğrayan kadına yaklaşımda özen gösterilmesi gerekenler aşağıdaki biçimde sıralanmıştır (29).

1. Kadını ciddiye alın, ona inanın.
2. Kadının güvenliği için yardım edin.
3. Şiddetin onun suçu olmadığını hissettirin.
4. Şiddete uğrayanın yalnızca kendisi olmadığını ona açıklayın.
5. Kadının alternatiflerinin sınırlı olduğunu gözden uzak tutmayın.
6. Gizliliğin önemini unutmayın.
7. Gerekli konsültasyonları isteyin.

Şiddete uğrayan kadına, geleneksel bazı yaklaşımların olumsuz etkileri tartışılarak yapılmaması konusunda önerilenler şöyle sıralanmıştır:

1. Yapılacak profesyonel yardımın önemsiz bulunması.
2. Kadınla birlikte erkeğin dinlenmesi.
3. Şiddetin gerçekleşmesine kadının hangi davranışının neden olduğunun sorulması.
4. Kadının evini ya da eşini bırakmasının beklenmesi.

2. 7. Hukukta Şiddetle İlgili Düzenlemeler

Flört şiddeti tek başına herhangi bir yasal düzenlemenin konusu olmamasına rağmen kadına yönelik şiddet ve çocuğun korunması konu başlığı altında çeşitli düzenlemelerle ele alınmıştır. Bunlar içinde 17. Madde flört şiddetiyle dolaylı olarak ilişkilendirilebilir (54). Türk Ceza Kanunu'nda da 233. Maddesi “sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.” hükmü ile flört ilişkisinin formlarından biri olan birlikte yaşama durumunda şiddet davranışını cezalandırmaktadır. Bu düzenlemeler sadece birlikte yaşama halini düzenlemekte, diğer formlara yönelik düzenleme içermemektedir (55). Türk Ceza Kanunu'nun 278, 279, 280. Maddeleri suçun bildirimini düzenler. Şiddetin tüm tipleri gibi, flört şiddeti mağduru ile karşılaşan sağlık mesleği mensubu, kamu görevlileri ve vatandaşların suç bildirim zorunlulukları vardır. (55). İş Kanunu'nun cinsel saldırı ile ilgili 24, 25. maddeleri iş yerinde gerçekleşen şiddet olayları ya da aynı iş yerinde çalışanların flört ilişkilerinde şiddet davranışları için bağlayıcı niteliktedir (56).

2. 8. Aile Hekimliği

Aile hekimliği, bilimsel bir disiplin olup birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır (57). Birinci basamakta toplumun gereksinim duyduğu geniş bir sağlık hizmeti yelpazesi mevcuttur. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, bakım veya rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu noktada birincil bakım uygulamalarının arasında kadına yönelik şiddete karşı aktif rol almak olabilir. Aile hekiminin sahip olması gereken özellikler 6 çekirdek yeterlilikte toplanmıştır.

2. 8. 1. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler Ve Cinsel Şiddet

2. 8. 2. Birinci Basamak Yönetimi

Mağdurlar ile ilk teması yönetebilmek, gerektiğinde hastanın savunmasını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanları koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilmektir.

2. 8. 3. Kişi Merkezli Bakım

Şiddete uğrayan hastaların sorunları ile uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilmek, etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak ve şiddet mağduru bakımının sürekliliğini sağlamaktır.

2. 8. 4. Özgün Problem Çözme Becerileri

Şiddetin toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilmek, erken dönemdeki cinsel şiddeti henüz ayrımlaşmamışken görebilmek, yönetebilmek ve gerektiğinde acil girişimlerde bulunabilmektir.

2. 8. 5. Kapsamlı Yaklaşım

Şiddet mağdurunun sadece akut sorunlarını değil kronik sorunlarını da birlikte yönetebilmek, mağdurun sağlığını geliştirmek ve olası istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için stratejiler uygulayabilmektir.

2. 8. 6. Toplum Yönelimli Olma

Bireylerin (şiddet mağdurunun ve mağdur edenin) sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilmektir.

2. 8. 7. Bütüncül Yaklaşım

Kişilere (mağdura ve mağdur edene) yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilmektir.

Aile hekimliği tüm bu özellikleri ile flört şiddeti konusunda stratejik bir noktadadır.

Birinci basamakta cinsel şiddetten şüphelenebilecek durumlar (51):

Depresyon, anksiyete, post travmatik stres bozukluğu semptomları, uyku problemleri

İntihar girişimi ya da kendi kendine zarar verme

Alkol ve yabancı madde kullanımı

Açıklanamayan kronik ağrı

Açıklanamayan kronik gastrointestinal semptomlar

Açıklanamayan genito-üriner semptomlar, sık idrar yolu / böbrek enfeksiyonları dahil İstenmeyen reproduktif öykü: İstmeden gebe kalma, riskli abortuslar, gecikmiş gebelik takibi

Açıklanamayan reproduktif sistem yakınmaları: Kronik pelvik ağrı, cinsel isteksizlik

Tekrarlayan vajinal kanamalar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Travmatik yaralar, özellikle tekrarlanmış ve nasıl olduğu net açıklanamayanlar

Santral sinir sistemi ile ilgili problemler–baş ağrıları, kognitif sorunlar

Kesin tanı konamayan tekrarlı birinci basamak başvuruları

2015 yılında yapılan bir derlemede yakın ilişkilerdeki şiddet tarama programlarının gerekliliği araştırılmıştır. O Doherty L ve arkadaşlarının yaptığı analizde kadınların aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak hekimleri tarafından

şiddet yönünden taranmaları ile ilgili olarak orta düzeyde kanıt belirtilmiştir. Konuyla ilgili olarak daha çok araştırma yapılması önerilmektedir (58).

2. 9. Major Depresif Bozukluk

Major Depresif Bozukluk DSM-V sınıflandırmasında, en sık görülen duygudurum bozukluğu olup, günlük işlevsellikte bozulmaya neden olan tek bir atak şeklinde ya da yinelemelerle gidebilen bir hastalıktır (59-60). Kronikleşme ve yineleme oranları yüksek, fiziksel ve psikososyal özelliklerin kaybolmasına neden olan ciddi bir ruhsal bozukluktur (61, 62).

2. 9. 1. Epidemiyoloji

Hayat boyu yaygınlığı genel toplumda % 15 olan major depresif bozukluğun, kadınlarda % 10-25 ve erkeklerde % 5-12 arasında değiştiği bilinmektedir. Kadınlarda kültürden ve ülkeden bağımsız olarak iki kat daha sık görülmektedir (63). 1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda %5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4 olduğu belirtilmiştir (64).

2. 9. 2. Risk Etkenleri

Kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, genetik, depresif kişilik özelliklerinin bulunması, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalık ve ruhsal bozuklukların varlığı, major depresyon için temel risk etkenleri olarak belirtilmiştir (65,66).

18-44 yaşları arasında olmak, bekâr olmak, çalışmamak ve sosyoekonomik durumun düşük olması da depresyon için belirtilen diğer risk etkenleridir (66, 67). Tüm çalışmalarda yinelenen bulgular depresyonun yaygınlık oranlarının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (67).

2. 9. 3. Etiyoloji

2. 9. 4. Biyolojik Etkenler

Günümüzde major depresif bozukluk etiyolojisinde nörotransmitter sistemleri arasındaki dengenin bozulmasının rol aldığı düşünülmektedir. Serotoninin depresyondaki rolü geniş olarak çalışılmıştır. Triptofan eksikliğine bağlı beyinde serotonin sentezinin azalması ile depresyon ile ilişkilendirilmiştir (64).

2. 9. 5. Psikososyal Etkenler

- a) Psikanalitik kuram: Yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan hayal kırıklıkları erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar.
- b) Bilişsel görüş: Bu kurama göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine karşı olumsuz düşünceleri vardır(66,68).
- c) Davranışçı görüş: Çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (66,69).

2. 9. 6. Tanı

Major Depresif Bozukluk için “ DSM-V-TR ” Tanı Ölçütleri sunulmuştur (70)

DSM V’ e Göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (Ör. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (ör. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygu durum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (ör. Ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması

(4) Hemen her gün, uykusuzluk veya aşırı uyku (hipersomnia) olması.

(5) Hemen her gün, psikomoto rajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (ör. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. Hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (ör. Yas, batkılık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizod uygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

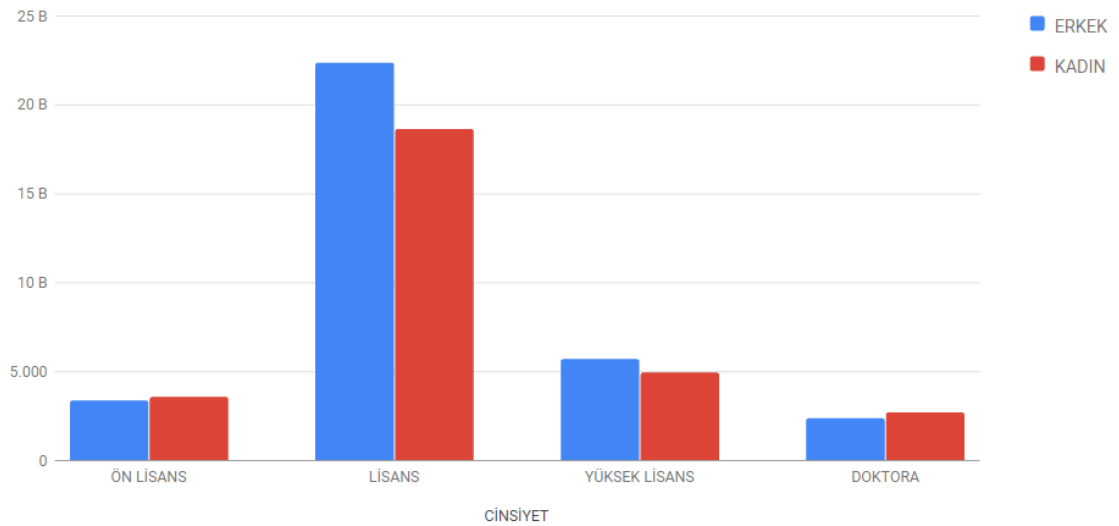
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Bölgesi ve Özellikleri

Ankara Üniversitesi, 1946 yılında başkent Ankara'da kurulmuş bir devlet üniversitesidir. Daha eski tarihlere dayanan köklü fakülteler Ankara Üniversitesi çatısı altında bir araya getirilmiştir. Ankara Üniversitesi, Üniversite Kanunu'yla birlikte kurulan ve Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk üniversitesi niteliğini taşıyan bir eğitim kurumudur (71). Türkiye'nin en önemli ve saygın üniversitelerinden biri olan Ankara Üniversitesi'nin Dil, Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Fen Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, İletişim Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Tıp Fakültesi, Veteriner Fakültesi, Ziraat Fakültesi olmak üzere toplamda 15 fakültesi mevcuttur. 2015 yılı itibariyle toplamda 41 099 lisans öğrencisi olup bunlardan 18 684'ü kadındır (72).

BAR GRAFİK

ANKARA ÜNİVERSİTESİ BÜNYESİNDE BULUNAN ÖĞRENCİ SAYISI



Şekil 3. 1. Ankara Üniversitesi 2015 yılı Öğrenci Sayısının Dağılımı (72).

Ankara Üniversitesi, Cumhuriyet tarihini ve misyonunu milletiyle bütünleştirmiş bir üniversitedir. Atatürk ilkeleri ve inkılapları doğrultusunda, çağdaşlığın, bilimin ve aydınlığın ifadesi olan bu ilkelerin yalnız savunuculuğunu yapmış ve genç nesillerin benzer bilinçle yetişmesini sağlamıştır (71).

Çalışma Ankara, Üniversitesi'nde 2015-2016 güz döneminde öğrenim görmekte olan lisans bölümlerindeki kadın öğrenciler arasında yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler içeren anket, araştırmanın konusu ile ilgili ölçekler ve kullanılmamış kapalı zarflar, üniversite ortak alanlarında bulunan öğrencilere rastgele dağıtılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara anket hakkında bilgi verilmiş, boş bırakılan herhangi soru için anketin geçersiz sayılacağı hatırlatılmış ve sözlü olarak onayları alınmıştır. Gönüllü olmayan katılımcılardan, anketin en arkasında bulunan “görüş ve önerileriniz” bölümünde, katılmak istemediklerine dair not düşülmesi sağlanmıştır. Anketler araştırma görevlisi gözetmenliğinde doldurulmuştur. Cevapların kapalı bir zarf içinde bir kutuya atılması sağlanarak kişisel mahremiyetin korunmasına özen gösterilmiştir.

3. 2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp, Siyasal Bilgiler, Hukuk, İletişim, Eğitim, Fen-Edebiyat, Mühendislik, Diş Hekimliği, Eczacılık ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri'nde 2015-2016 güz dönemine kayıt yaptırmış ve öğrenimine devam etmekte olan kadın öğrencilerin cinsel şiddete maruz kalma durumları ile şimdiki depresyon tanıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem

Araştırmanın evreni; 2015-2016 öğretim dönemi güz yarıyılında, Ankara Üniversitesi fakültelerinde öğrenim gören kadın öğrencilerden oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen öğrenciler okudukları fakülteye göre rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir.

Türkiye’deki üniversite öğrencilerinde cinsel şiddet prevalansı bilinmediğinden örneklem büyüklüğü yurt dışında yapılmış bir çalışma göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Hanan Al-Modallal (102) tarafından yapılan araştırmaya göre cinsel şiddete maruz kalanlarda depresyon görülme riski Odds Ratio 3. 45 olduğunda ve cinsel saldırıya maruz kalma prevalansı %10 olarak alındığında, yaklaşık %10’luk farkı %95 güven aralığında anlamlı bulmak için 384 kişiye anket uygulanması uygun görülmüştür. Değerler GPower 3. 1. 9. 2. programı ile hesaplanmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken;

$$n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq} \text{ (yerinekoymaksızın)} \text{ formülü kullanılmıştır.}$$

Formülde;

N: evrendeki birey sayısı

n: örnekleme alınacak birey sayısı

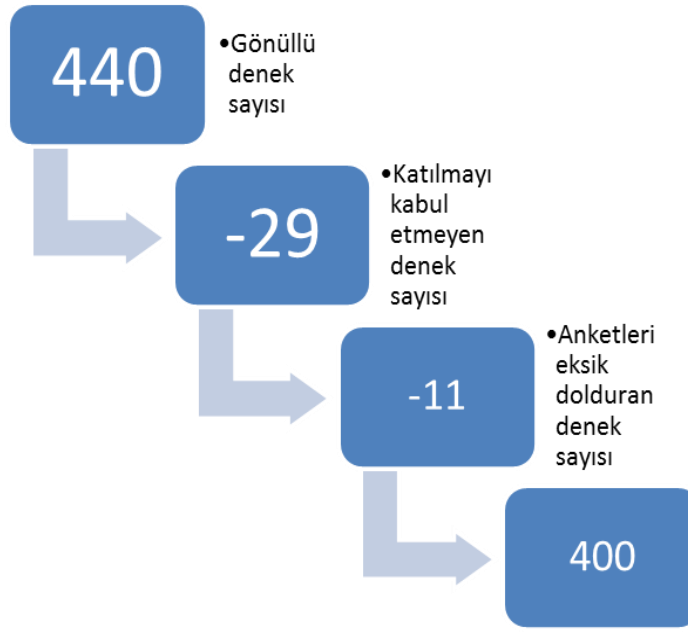
p: incelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı)

q: incelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosu değeri

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma.

Araştırma için; Eylül - Kasım 2015 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi şehir merkezindeki yerleşkelerde öğrenim görmekte olan 18 yaş ve üzeri 440 kız öğrenci ile görüşülmüştür. Bireylerden 29’u anket formunu inceledikten sonra çalışmaya katılmaktan vazgeçmiş ve 11 öğrencinin ise anket formunda cevaplamadığı sorular olduğu görülmüştür. Böylece çalışmaya, katılmayı kabul eden 400 öğrenci dahil edildi.



Şekil 3. 2. Gönüllü Katılımcı Sayısı

3. 4. Araştırmanın Hipotezleri

1. Kadın öğrencilerin yaşları artıkcş cinsel şiddete uğrama sıklıkları artmaktadır.
2. Kadın öğrencilerin üniversitede öğrenim görme süreleri artıkcş cinsel şiddetle karşılaşma ihtimalleri ve sıklıkları artmaktadır.
3. Anne ve babasının eğitim seviyesi düşük olan kadın öğrencilerin cinsel şiddetle karşılaşma olasılığı daha yüksektir.
4. Çocuklukta, aile içi şiddete veya cinsel şiddete tanık olmuş kadın öğrencilerin, genç erişkinlik döneminde cinsel şiddetle karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir.
5. Flörtü olan kadın öğrencilerin cinsel şiddeti deneyimlemiş olması daha olasıdır.
6. Flörtünün alkol alma alışkanlığı olan kadın öğrencilerin cinsel şiddetle karşılaşmaları, flörtü alkol almayan ya da flörtü olmayanlardan daha sıktır.

7. Flörtü sigara ve alkol dışında keyif verici madde kullanan kadın öğrencilerin cinsel şiddetle karşılaşma ihtimalleri, keyif verici madde kullanmayanlardan daha siktir.

8. Cinsel şiddetle karşılaşmış kadın öğrencilerde sigara içme davranışı daha fazladır.

9. Cinsel şiddetle karşılaşan kadın öğrencilerde riskli alkol alımı daha siktir.

10. Hayatlarının herhangi bir döneminde cinsel şiddetle karşılaşmış kadın üniversite öğrencilerinde depresyon tanısı daha sık görölmektedir.

11. Son altı ay içine cinsel şiddetle karşılaşan kadın öğrencilerde depresyon tanısı alma olasılığı, cinsel şiddetle karşılaşmayan kadın öğrenciden daha yüksektir.

12. Üniversitede öğrenim görmekte olan kadın öğrencilerden cinsel şiddetle karşılaşanlarda depresyon riski cinsel şiddetle karşılaşmayanlardan daha yüksektir.

3. 5. Araştırmanın Değişkenleri

3. 5. 1. Bağımlı Değişkenler

Cinsel şiddete uğrama, flörtü tarafından şiddete uğrama, depresyon ve alkol kullanım bozukluğudur.

3. 5. 2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, kayıtlı olduğu fakülte, anne-baba eğitim durumu, büyüdüğü çevre, medeni durumu, yaşadığı ortam, gelir düzeyi, aile yapısı, sigara kullanımı, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımıdır.

3. 6. Araştırmada Verilerin Toplanması

Araştırma örneklemini oluşturan üniversitedeki kadın öğrenciler ile yüz yüze görüşüldü ve çalışmaya gönüllü katılım esas alındı. Öncelikle aydınlatılmış onam

formu okundu ve çalışma hakkında bilgi verildi. Katılımcılara kimlik bilgilerinin gizlilik esaslarına uygun olarak korunacağı ve herhangi bir amaçla açıklanmayacağı bildirildi. Katılımcı, katılmayı reddetme ve yanıtlamaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma hakkına sahipti. Katılımcılara sorulara yalnız başlarken, samimiyetle cevap vermeleri rica edildi ve bireysel sonuçlardan anketörlerin bile bilgisi olmayacağı hatırlatıldı. Anketörlük görevini araştırma yürütücüsü yaptı ve anket doldurulması sırasında yakında bulunarak anket ile ilgili olası herhangi bir soruda kendisine başvurabilecekleri bildirildi. Anketler A5 boyutunda kapalı zarf içinde, katılımcının kapalı bir kutuya atması şeklinde toplandı.

3. 6. 1. Araçlar

Katılımcılara 45 sorudan oluşan anket uygulandı (veri toplama aracı Ek. 1’ de sunulmuştur). Ankette sosyodemografik bilgileri içeren 20 soru mevcuttu. Romantik ilişkilerdeki cinsel şiddeti ölçmek için 11 soruluk, her maddesi evet/hayır olan alt maddelerinde ise sıklığını sorgulayan “Cinsel Şiddet Derecelendirme Ölçeği-Mağduriyet Versiyonu” kullanıldı. Depresyonu değerlendirmek için ise 9 soruluk cümlelerden oluşan Likert tipi bir ölçek olan “Hasta Sağlık Anketi-9” uygulandı. Anketin yanıtlanması bir katılımcı için yaklaşık on dakika sürdü.

3. 6. 2. Anket Formu

Ankette demografik bilgileri ortaya koymak için 20 madde bulunmaktaydı. Maddeler içinde katılımcıların adı, soyadı, devam etmekte oldukları bölüm, memleket, etnik köken gibi ayırt edici sorular sormaktan kaçınıldı. Literatürde cinsel şiddet öyküsünün sigara, alkol ve madde bağımlılığı ile ilişkili olduğu tespit edildiğinden katılımcıların ve flörtlerinin söz konusu bağımlılık yapan maddeleri kullanma durumunu irdeleyen maddeler sosyodemografik bilgilere eklendi.

3. 6. 3. Mağdurların Cinsel Deneyimleri Ölçeği

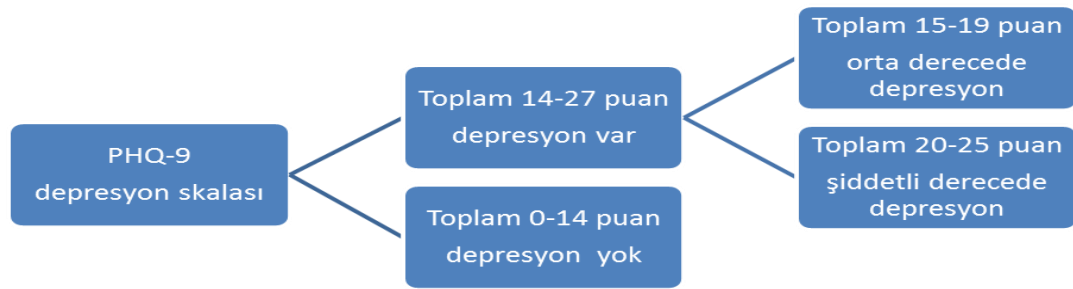
Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri tarafından 2006 yılında geliştirilmiş “Yakın İlişkilerde Şiddet- Mağdur olan ve Mağdur eden için ölçekler ”(Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration) ölçekler kataloğu içinden romantik ilişkilerdeki cinsel şiddetin varlığını tespit etmek ve sonrasında ciddiyetini ölçmek için düzenlenmiş “Mağdurların Cinsel Deneyimleri Ölçeği” (Sexual Experiences Survey (SES)—Victimization Version) uygulanmıştır (73,74). Anket soruları ile tüm cinsel şiddet tanımındaki alt maddeleri sorgulayarak olumlu ya da olumsuz bir cevap beklenmektedir. Eğer olumlu bir cevap gelirse soru daha önce kaç kez başınıza geldi ve son altı ayda hangi sıklıkla karşılaştınız gibi sıfır ile beş ve daha fazla olmak üzere derecelendirilmiştir. Söz konusu ölçek 2015 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türkçe’ye kazandırılmıştır (74) .

3. 6. 4. Hasta Sağlık Anketi-9

Hasta Sağlık Anketi-9 (Patient Health Questionnaire–9) birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını saptamak amacı ile geliştirilmiş ilk kendi kendine tanı koyma ölçeğidir. Dokuz sorudan oluşan depresyon tanısını koymak ve derecelendirmesini sağlamak için bireylerin yüz yüze görüşme yerine kendilerinin işaretledikleri Likert tipi bir anket şeklinde dizayn edilmiştir. Yanıtlar “Hiç”, “Bir kaç gün”, “Bir haftadan daha fazla” ve “Hemen hemen her gün” olmak üzere 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. Tüm sorulardan sonraki toplam skor hesaplanarak en düşük sıfır puan en yüksek ise yirmi yedi puan olmak üzere minör, majör ve şiddetli depresyon kategorize edilmiştir. Bu çalışmada PHQ-9 için; tüm soruların toplam skorundan on dört puan ve üstü olanlar depresif olarak kabul edilmiştir.

Anket, bir ilaç firması tarafından sağladığı eğitim ödeneği ile Dr. Robert L. Spitzer Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup izinsiz kopyalanabileceği, tercüme edilerek kullanılabileceği belirtilmiştir. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından

yapılmıştır (75,76). Hasta Sağlık Anketi-9 (Ek 4) ise;bu ölçeğin depresyon taraması için hazırlanan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve süreç içinde yapılan tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir. Hasta Sağlık Anketi-9'un duyarlılığı %71,4 duyarlılığı, özgüllüğü %91,9, pozitif kestirim değeri %55,2 ve negatif kestirim değeri %93,7 olarak bulunmuştur (75).



Şekil 3. 3. PHQ-9 değerleri gösterilmiştir.

3. 7. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi

Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin çözümünde; anketin birinci bölümü (kişisel bilgiler) için yüzde ve frekans yöntemi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (minimum – maksimum), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmesi planlanmıştır. Anketin ikinci ve üçüncü bölümünde yer alan ölçekler için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçeklerin değerlendirilmesinde; grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği, T testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği, Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA varyans analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler, Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact testi ile

değerlendirilmiştir. Çapraz tablo biçimindeki veriler Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Bulguların yorumlanmasında $P < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm veri analizleri SPSS 15 paket programı ile yapılmıştır.

3. 8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma sırasında etik kurulun yazılı onayları zaman almıştır. Üniversitenin merkez yerleşkesi olmayıp, şehir içinde dağınık yerleşmesi sebebiyle çeşitli fakültelere ulaşmak veri toplama süresinin uzamasına yol açmıştır. Ayrıca Dil-Tarih-Coğrafya Fakültesi Dekanlığı konuyla ilgili anket yapılmasına izin vermemiştir. Dolayısıyla çalışmaya İletişim Fakültesi ilave edilmiştir. Etik kurul kararı nedeniyle çalışma süresi içinde aile hekimliği rotasyonunda bulunan 6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerine anket uygulanmamıştır. Herhangi bir karışıklığa olanak tanımamak adına hiçbir 6. Sınıf tıp fakültesi öğrencisi çalışmaya dahil edilmemiştir.

3. 9. Araştırmanın Etik Boyutu

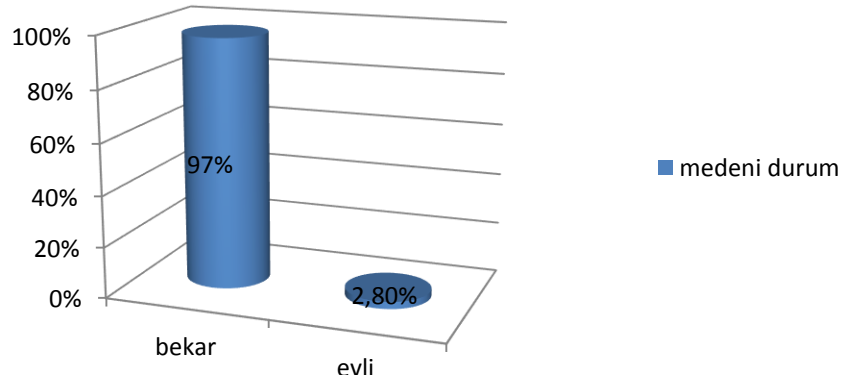
Çalışma için 31. 08. 2015 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 13-543-15 sayılı karar ile onay alındı.

4. BULGULAR

Bu çalışmada, üniversitede öğrenim görmekte olan kadın öğrencilerin toplam 384'üne ulaşmak hedeflenmiş olup 400 öğrenci araştırmaya katılmıştır. Çalışmada sosyodemografik özellikler, romantik ilişkisi var ise flörtü ile ilgili tanımlayıcı bilgiler sorulmuştur. Cinsel şiddet mağduriyeti ve depresyon ile ilgili ölçekler tablolastırılmıştır. Cinsel şiddetin sosyodemografik özellikler ile ilişkilendirilmiş analizi, cinsel şiddetin depresyon skorları arasındaki ilişkilerin analizi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4. 1. Sosyodemografik veriler

Araştırmaya katılan kadın öğrencilerin yaş ortalaması 20.70 ± 2.12 dur (median: 20.00, minimum: 18, maksimum: 30). Katılımcıların %97,3'ü bekar (n=389); %2,8'i ise evlidir (n=11) (Şekil 4.1).



Şekil 4. 1. Katılımcıların Medeni Durumu

Üniversiteli olma yıllarına bakıldığında %33,5'inin üçüncü sınıfta olduğu belirlenmiştir (n=134). Fakültelere göre dağılım Tablo 4. 2'de gösterilmiştir.

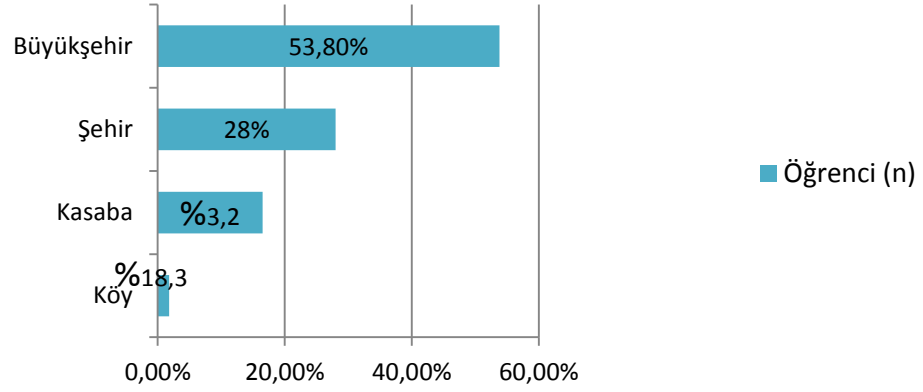
Tablo 4. 1. Üniversitedeki Süreler

		Öğrenci (n)	Yüzde (%)
	1. yıl	101	25,3
	2. yıl	73	18,3
	3. yıl	134	33,5
	4. yıl	70	17,5
	5. yıl	10	2,5
	6. yıl ve üzeri	12	3,0
	Total	400	100,0

Tablo 4. 2. Katılımcıların Okudukları Fakültelere göre Dağılımları

		Öğrenci n	Yüzde %
Fakülteler	Hukuk	65	16,3
	Fen	49	12,3
	Eğitim	54	13,5
	İletişim	37	9,3
	Diş+ Eczacılık	21	5,3
	Mühendislik	27	6,8
	Siyasal	29	7,2
	Sağlık	65	16,3
	Tıp	53	13,3
	Total	400	100,0

Katılımcıların %18,3'ü şehirde büyümüş olup (n=73) % 81,8'i kırsal bölgeden gelmektedir (n=327) (Şekil 4. 2) .



Şekil 4. 2. Katılımcıların Büyüdükleri Çevre

Öğrencilerin mezun oldukları okulların % 55,8 ile en sık anadolu lisesi (n=223), ikinci sıklıkla %21 ile lise (n=84); en az olarak da %0,3 ile imam hatip lisesi (n=1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 3).

Tablo 4. 3. Katılımcıların Mezun Oldukları Liseye Göre Dağılımları

	Kadın Öğrenci n	Yüzde %
Lise	84	21,0
Anadolu Lisesi	223	55,8
Fen Lisesi	32	8,0
Meslek Lisesi	44	11,0
İmam Hatip Lisesi	1	,3
Özel Kolej	16	4,0
Total	400	100,0

Katılımcıların büyük çoğunluğu (% 43,8) ailesi ile birlikte yaşamaktadır (n=175). Yurtta kalanlar % 37,5 ile ikinci sıklıkta olup (n=150), sadece 1 kişi (%0,3) partneriyle aynı evde kalmaktadır. Bu veri elde edilirken evli olan katılımcılar da artık bir çekirdek aile olduklarından dolayı “ailemle birlikte yaşıyorum” kategorisine alınmıştır.

Tablo 4. 4. Araştırmaya Katılanların Yaşadığı Ortam

YAŞADIĞI ORTAM					
		KİŞİ N	YÜZDE %	Valid Percent	Cumulative Percent
	Yurt	150	37,5	37,5	37,5
	Arkadaşımla Evde	57	14,2	14,2	51,7
	Ailemde Evde	175	43,8	43,8	95,3
	Tek Başıma Evde	17	4,3	4,3	99,5
	Partnerimle Evde	1	,3	,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Katılımcılara nasıl bir ailede büyüdükları sorulduğunda %84,3'ü (n=337) "çekirdek aile" , %10,8'i (n=43) geniş aile ve %5'si (n=20) "parçalanmış aile" cevabını vermiştir.

Tablo 4. 5. Araştırmaya Katılanların Aile Çeşitleri

	n (Öğrenci Sayısı)	% (yüzde)
Çekirdek Aile	337	84,3
Geniş Aile	43	10,8
Parçalanmış Aile	20	5,0
Total	400	100,0

Öğrencilerin çoğunun anneleri ve babaları lise ve/veya üniversite mezunudur. Katılımcıların ebeveynlerinin öğrenim durumu sorgulandığında annelerin çoğunun lise mezunu olduğu % 27,3 (n=109), bunu %21,5 ile üniversite mezunlarının takip ettiği belirlendi (n=86). Annelerin %3'ünün (n=12) yüksek lisans yaptıkları ve yine %3'ünün (n=12) okuma-yazma bilmediği dikkat çekiciydi. Babaların %33,3'ü üniversite mezunu (n=133) ve %30'u lise mezunu (n=120)'dır. Katılımcıların babalarının %1'i ise okuma yazma bilmemektedir (n=4).

Anne ve babanın çalışma durumuna bakıldığında araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin % 67,5'inin çalışmadığı (n=270); babalarının ise %66,5'inin aktif olarak çalıştığı (n=266); %27,5'unun ise emekli olduğu (n=110) saptanmıştır. Hem annesi hem babası çalışan grup %24,75 (n=99); annenin de babanın da çalışmadığı grup ise %4 (n=16) olarak bulunmuştur.

Tablo 4. 6. Ailenin Çalışma Durumu

Değişken	Anne		Baba	
	n	%	N	%
Çalışıyor	134	32,5	266	66,5
Çalışmıyor	231	57,8	24	6
Emekli	35	9,7	110	27,5
TOPLAM	400	100,0	400	100,0

Katılımcıların aile içi şiddete tanık olma durumu % 27,3 (n=109), aile içi cinsel şiddete tanık olma durumları ise %4,3 (n=17) olarak bulunmuştur. Hem cinsel şiddete hem aile içi şiddete tanık olan katılımcı oranı da %2 (n=8)' dir.

Tablo 4. 7. Katılımcının Şiddete Tanıklık Etme Durumu

Katılımcıların tanıklık etme durumları	Aile İçi Şiddet		Aile İçi Cinsel Şiddet		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	109	27,3	17	4,3	136	31,6
Hayır	291	72,8	383	95,7	674	167,4
TOPLAM	400	100,0	400	100,0	735	200,0

Katılımcılara romantik ilişki durumları hakkında sorular soruldu. %79,8'inin daha önce flört ilişkisi olmuştu (n=319). Şu anda flört ilişkisi mevcut olan katılımcı oranı da %36,3 (n=145)'dir.

Tablo 4. 8. Katılımcının Flört Etme Durumları

Katılımcıların romantik ilişkileri	Hiç flörtünüz oldu mu?		Şu anda flörtünüz var mı?	
	n	%	n	%
Evet	319	79,8	145	36,3
Hayır	81	20,2	255	63,7
TOPLAM	400	100,0	400	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin şimdiki flörtlerinin yaş ortalaması 23 olup en küçük yaş 17 en yüksek olarak da 40 olarak bulundu. Ortalama flört etme süreleri ise 14 aydı. Eğitim düzeylerine bakıldığında % 33'ünün üniversitede öğrenci (n=132) olduğu saptanmıştır.

Flörtlerinin alışkanlıkları sorgulandığında %4'ünün sigara (n=16) kullandığı, %21,3'ünün alkol kullandığı (n=85) bulundu. Katılımcılara "Flörtünüzün alkol alma durumu sizin için bir sorun mu?" diye sorulduğunda %34'sinin bu soruyu boş bıraktığı (n=132); %4'ünün ise sorun olduğunu (n=16) belirtmiştir. Flörtlerinin %4'ünün (n=16) bağımlılık yapıcı madde kullandığı, madde adının yazılması istendiğinde %1,8'i soruyu boş bırakırken (n=7), bu soruyu cevaplayanlar arasında en sık kullanılan madde %1 ile esrar (n=4) idi.

Katılımcılara da alışkanlıklar ile ilgili aynı sorular yöneltildiğinde %30,3'ünün sigara içtiği (n=121); %38,5'inin alkol kullandığı (n=154) bulundu. Alkol kullananlar için "Bu durum, sizce bir sorun mu?" diye sorulduğunda %20,75'inin alkol kullandığı halde bu soruyu boş bıraktığını (n=83), %15,5'inin hayır seçeneğini işaretlediğini (n=629); %2,5'u "evet" derken (n=9); evet diyen kişilerin ikisinin alkol almadıklarını ve bunu bir sorun olarak gördüklerini belirtilmiş oldu. Katılımcılara bağımlılık yapıcı madde kullanım durumu sorulduğunda % 4,5'u "evet" cevabını verdi ve madde sorgulandığında %2,5'i adını belirtmezken (n=10), ad belirtenler içinde en sık %0,8 ile esrar (n=3) oldu.

Tablo 4. 9. Katılımcıların Sigara Kullanma Alışkanlıkları

Sigara kullanma alışkanlığı	Evet		Hayır		TOPLAM
	n	%	n	%	N
Katılımcı	121	30,3	279	69,8	400
Erkek Arkadaş	13	4,0	131	32,3	145

Katılımcıların alkol alımı ile ilgili sorular yöneltilerek alkol kullanım bozukluğu, riskli alkol alma davranışı tanıları sorgulandı. Alkol kullananların %19,3'ü ayda bir kez alkol aldıklarını bildirdiler (n=77); %13,3'ü ise ayda 2-4 defa kullandıklarını bildirdiler (n=33). Haftada dört akşamdan fazla alkol alanlar %0,8 (n=3) idi. Alkol dozu olarak en sık %17,8 ile iki standart içki kullandıkları (n=71), çeşit olarak ise %21,5 'inin bira tercih ettikleri bulundu (n=86). Standart içki terimi olarak Dünya Sağlık Örgütü Alkol Tüketimi Risk Düzeyleri referans alınarak 1

standart içki=1 kadeh rakı, 1 kadeh votka, 1 kadeh cin, 1 bardak şarap, 1 büyük bardak bira olarak kabul edildi ve değerler ankette, alkol alışkanlıkları soru kutusunun altında bilgilendirme metni olarak yazıldı (105) .

Alkol içme nedenleri arasında zevk almak % 29,8 ile birinci sıradadır (n=119); ikinci sırada ise %5,8 ile çevreye uyum(n=23) bulunmaktadır. Bu sorularla öğrencilerin riskli alkol kullanımı olup olmadığı araştırılmıştır ve %2,5 sonucu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanım bozukluğu ise hiç kimsede saptanmamıştır.

Tablo 4. 10. Katılımcıların Alkol Kullanma Alışkanlıkları

Alkol kullanma alışkanlığı	Evet		Hayır		TOPLAM
	n	%	n	%	N
Katılımcı	154	38,5	246	61,5	400
Erkek Arkadaş	85	21,3	58	14,5	143

Tablo 4. 11. Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanma Alışkanlıkları

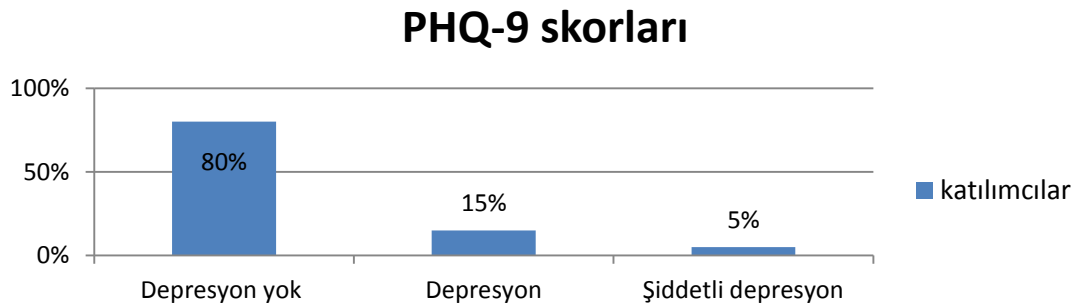
Bağımlılık yapıcı madde kullanma alışkanlığı	Evet		Hayır		TOPLAM
	n	%	n	%	N
Katılımcı	18	4,5	382	95,5	400
Erkek Arkadaş	16	4	384	96	400

Genel olarak yaşamlarına baktıklarında kendilerini psikolojik olarak iyi hissedenlerin oranı % 40,3 (n=161) iken; kötü (n=43) ve orta(n=192) hissedenler %58,8'dir. Kendilerine göre gelir düzeylerine % 7,8 ile en sık orta (n=315) olarak değerlendirmişlerdir. Ailelerinin aylık gelir düzeyleri ile kendilerine göre olan gelir düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Katılımcıların %9,5'i gelir getiren bir işte çalıştığını bildirilmiştir(n=38).

Çoğu ailenin (% 59,3) aylık geliri 3 bin lira ve altındadır (n=237). 5 bin liranın üzerinde olanların oranı %14,5 (n= 58) idi.

Anketin ikinci bölümünde katılımcılara cinsel şiddet öyküleri sorulmuş, başlarına gelme sıklığı ve altı ay içinde başlarından geçme sıklığına göre derecelendirmeleri istenmiştir. Bu verilere göre cinsel şiddet prevalansı %17 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %17'sinin hayatlarında en az bir kez cinsel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Son altı ay içinde cinsel şiddete maruz kalan kız öğrenci yüzdesi %9 (n=36)' dir. Cinsel şiddet türlerinden %2,8 ile en sık 1. Seçeneği (n=11) işaretlenmişti. Birinci seçenek "Hiçbir erkeğin devamlı konuşma ve baskısından bunaldığınız için istemediğiniz halde (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) bir seks oyununa dahil oldunuz mu?" idi. İkinci sıklıkla (%2) (n=8) ile işaretlenen seçenek ise "Hiç, otoriter pozisyonunu kullandığı için istemediğiniz halde bir erkeğin (patron, öğretmen, kamp sorumlusu, danışman gibi) bir seks oyunu (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) başınızdan geçti mi? "dir. Son altı ay içinde cinsel şiddete maruz kalanlardaki en sık yöntemin baskıdan dolayı istemediğiniz halde bir seks oyununa dahil olma ile "Otoriter pozisyonunu kullandığı için istenmediği halde bir erkeğin bir seks oyununa ortak olmak" olduğu tespit edildi. Hayatlarında en az bir kez cinsel şiddete maruz kalan öğrencilerin birden fazla kez cinsel şiddet mağduru olma durumları artmış olarak bulunmuştur.

Üçüncü bölümde çalışmaya katılan kadın öğrencilerin son iki hafta içindeki psikolojik durumları sorgulanmıştır. Uygulanan "Hasta Sağlık Anketi -9" un sonuçlarına göre şekil 4. 3'de görüldüğü gibi katılımcıların %20'sinde depresyon tanısı (n=80) mevcuttur. Katılımcıların depresyon şiddeti % 15'i orta (n=60) , %5'i ise şiddetli (n=20) olarak tespit edilmiştir. Hasta Sağlık Anketi'nde %20,5 ile en yüksek puanla en sık cevaplanan soru " İştahsızlık veya çok yemek" olmuştur.



Şekil 4 3. Katılımcıların Depresyon Skorları Dağılımı

Anketin sonunda katılımcılar için doldurulması zorunlu olmayan görüş ve düşünceler bölümü mevcuttu. Katılımcıların % 2,75'i (n=11) tarafından doldurulmuş, iki kişi soruların kapalı olmasından ve çalışmanın sonuca varması ile ilgili tereddütlerini paylaşmışken 9 kişi böyle bir konu hakkında çalışma yapılmasından dolayı memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Anket çalışmasına katılmaktan memnun olan kadın öğrencilerin %11,1'inde flörtü tarafından cinsel şiddet (n=1) uygulanma durumu mevcuttu.

4. 2. Cinsel Şiddete Uğrama Durumları ile İlgili Veriler

Araştırmaya katılan tüm kadınlar dikkate alındığında 68 kişinin hayatlarında en az bir kez cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Dolayısıyla bir üniversitedeki kadın öğrencilerde cinsel şiddet prevalansı %17'dir. Sadece son altı aydaki durum ele alındığında kadın öğrencilerin %9'u cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Cinsel şiddet açısından en sık rastlanılan davranışın bir erkeğin devamlı konuşma ve baskısından bunaldığınız için istemediğiniz halde (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) bir seks oyununa boyun eğme olarak bildirilmiştir.

Tablo 4. 12. Katılımcıların cinsel şiddete uğrama durumları

	Cinsel Şiddetle Karşılaşma Durumu	Kadın Öğrenci n	Yüzde %
Öğrenci	Hayır	332	83
	Evet	68	17
	Total	400	100

Katılımcıların öğrenim gördükleri alanlar sağlık bilimleri, fen bilimleri, eğitim bilimleri ve sosyal bilimler olarak sınıflandırıldı. Katılımcıların önceki ya da son altı aydaki cinsel şiddet mağduriyet durumları yönünden öğrenim gördükleri alanlar

arasında anlamlı fark mevcuttur ($p=0,02$). En sık cinsel şiddet maruziyetinin görüldüğü fakülte %37,8 ile iletişim fakültesi iken %0 ile en az cinsel şiddet maruziyetinin görüldüğü fakülte eczacılık olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların yükseköğrenimdeki geçirdikleri süre ile cinsel şiddete maruz kalma durumları değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,347$ ve $p=0,267$). Tüm katılımcıların yaşa göre cinsel şiddet mağduriyet durumlarına bakıldığında, üniversitedeki kadın öğrencilerin yaşları arttıkça cinsel şiddete maruziyetlerinin arttığı tespit edilmiştir ($p=0,025$).

Katılımcıların yetiştikleri bölgeler açısından cinsel şiddete uğramaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,406$). Öğrencilerin yaşamlarını büyük oranda geçirdikleri yerler, kırsal ve kentsel olarak sınıflandırıldığında kırsal bölgede yetişen kadın öğrencilerde cinsel şiddet mağduriyeti %13,7 iken kentsel bölgede yetişen kadın öğrencilerde %17,7 olarak hesaplandı.

Katılımcıların mezun oldukları lise ile cinsel şiddete uğrama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p= 0,138$).

Bu çalışmada öğrencilerin %23,5'i tek başına yaşıyorken, %22,4'ü ailesiyle birlikte kalıyordu. Ailesiyle birlikte kalan öğrencilerin %57,4'ünün cinsel şiddetle karşılaştığı bulundu. Katılımcıların yaşadıkları ortama göre cinsel şiddete uğrama düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemekteydi ($p= 0,031$).

Kadınların cinsel şiddetle karşılaşma risklerinden biri de anne babası boşanmış ailede büyümüş olmaktır. Bu çalışmada öğrencilerin aile tiplerine göre (çekirdek aile, geniş aile, parçalanmış aile) cinsel şiddetle karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,719$).

Kişilerin annelerinin öğrenim düzeylerine göre cinsel şiddete maruz kalma durumları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemekteydi ($p=0,30$).

Kişilerin annelerinin çalışıp çalışmama durumuna göre önceki ve şimdiki cinsel şiddet öyküleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekteydi ($p=0,005$). Cinsel şiddet mağduriyet öyküsü olan kadın öğrencilerden %24'ünün annesi herhangi bir işte çalışıyorken, %13'ü çalışmıyor veya emekli olarak hesaplanmıştır.

Kişilerin babalarının öğrenim düzeylerine göre cinsel şiddete maruz kalma durumları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemekteydi ($p=0,909$).

Kişilerin babalarının çalışma durumuna göre cinsel şiddete maruz kalma durumları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0.133$).

Aile içi şiddete tanık olma, cinsel şiddet açısından hem uygulama hem de uygulayan olma açısından risklidir. Katılımcıların aile içi şiddete tanıklık etme durumları %27,2 olarak hesaplanmıştır. Aile içi şiddete tanık olan öğrencilerin %26,6'sında cinsel şiddet mağduriyeti mevcuttu. Aile içi şiddete tanık olmayan öğrencilerin ise %13,3'ünde cinsel şiddet mağduru olmuştur. Dolayısıyla aile içi şiddete tanıklık ile cinsel şiddet maruziyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,002$). Katılımcıların aile içi cinsel şiddete tanıklık etme durumları %4,2'dir ve aile içi cinsel şiddete şahit olma ile cinsel şiddet öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,164$)

Tablo 4. 13. Flört Süresi İle Cinsel Şiddete Uğrama Durumu Arasındaki İlişki

Flört durumu ile cinsel şiddete uğrama arasındaki ilişki			Total
Şu an bir flörtünüz var mı	Evet	Sayı	145
		%Şu an bir flörtünüz var mı	100,0%
		1- 10 numaralı soruların herhangi birisine “Evet” cevabı verdiniz mi ?	36,2%
	Hayır	Sayı	255
		Şu an bir flörtünüz var mı	100,0%
		1- 10 numaralı soruların herhangi birisine “Evet” cevabı verdiniz mi ?	63,8%
Total		Sayı	400

Katılımcıların şu anki flört durumları sorulduğunda % 36,2’sinin erkek arkadaşı olduğu tespit edildi. Şu andaki flört etme durumu ile hayatında cinsel şiddete uğrama öyküsü değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,021$)

Katılımcıların flörtleri ile ilgili demografik bilgileri sorgulanmıştır. Ortalama flört süresi 14 ay olup 400 katılımcıdan 145’i flört etmekteydi. Flörtlerin ortalama yaşı 19,73; eğitim düzeyi olarak %33,8’inin üniversite öğrencisi ya da mezunu olarak bulunmuştur. Flörtlerin %11’i sigara içerken %59,4’ünün alkol aldığı ve 16 kişinin de (%4) madde kullandığı bulundu. Flörtünüzün alkol ve madde kullanımının kadın öğrencilerce sorun olup olmadığı sorgulandığında % 51’inin fikrim yok seçeneğini işaretlerken 8 (%5,5) kadın öğrenciye göre sorun olduğu belirlendi.

Flört süresi ile cinsel şiddete uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,122$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da cinsel şiddete uğrayan kadın öğrencilerin flört ilişkilerini sonlandırma eğiliminde olduğu tespit edildi. Cinsel şiddet öyküsü bulunmayan ancak flörtü olan kadın öğrencilerin flört

sürelerinin medianı 11 iken, cinsel şiddet öyküsü bulunan öğrencilerin flört sürelerinin medianı 6 olarak hesaplanmıştır.

Flört yaşı göze alındığında kadın öğrencilerin cinsel şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,510$).

Flörtün sigara içme durumu ile kadın öğrencilerin cinsel şiddete uğramaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,023$) ; flörtün alkol kullanımı ile kadın öğrencilerin cinsel şiddete uğramaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p= 0,076$).

Flörtün bağımlılık yapıcı madde kullanma durumuna bakıldığında, cinsel şiddete uğrayan kadın öğrencilerin %56,2'sinin flörtünün bağımlılık yapıcı madde kullandığı tespit edilmiştir. Flörtü bağımlılık yapıcı madde kullanmayanlarda cinsel şiddet oranı %5,25($n=21$) olarak bulundu. Flörtün bağımlılık yapıcı madde kullanım öyküsü ile katılımcının cinsel şiddet öyküsü değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,001$).

Katılımcıların sigara içme durumuna bakıldığında, üniversitede öğrenim gören kadın öğrencilerde sigara içme prevalansı % 30,2 olarak hesaplandı. Sigara içmekte olan kadın öğrencilerin %54,4'ünde cinsel şiddete uğramaları tespit edildi. Katılımcıların sigara içme durumları ile cinsel şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,001$).

Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakıldığında, üniversitede öğrenim gören kadın öğrencilerde alkol kullanma prevalansı % 38,5 olarak hesaplandı. Alkol kullanmakta olan kadın öğrencilerin %69,1'inde cinsel şiddete uğrama durumu tespit edildi. Katılımcıların alkol kullanma durumları ile cinsel şiddet öyküleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,00$). Alkol kullanımlarının kendileri için sorun olup olmadığı sorgulandığında sadece %2,2'sinin bu durumun bir sorun olduğunu bildirdi.

Katılımcıların bağımlılık yapıcı madde kullanma durumlarına bakıldığında prevalansın %4,5 olduğu anlaşıldı. Bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirten kadın öğrencilerin % 19,1'inin cinsel şiddetle karşılaştığı bulundu. Katılımcıların madde kullanma durumları ile cinsel şiddete uğrama durumları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olduğu gösterildi ($p<0,001$).

Alkol alma konusunda ayda 2 ve daha fazla standart içki içenlerde cinsel şiddet öyküsünün %45 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla iki standart ve daha fazla alkol tüketimi ile cinsel şiddette uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Katılımcıların tükettiği alkol cinsi sorulduğunda %62'sinin bira ve şarap tercih ettiği, %60'ının ise zevk almak için alkol kullandığı tespit edildi.

Cinsel şiddetle karşılaşan öğrencilerin sadece %20'si kendilerini "kötü" hissettiklerini ifade etmiş olmalarına rağmen cinsel şiddete uğramayan öğrencilerin kendilerini kötü hissetmelerine göre anlamlı fark bulundu ($p=0,013$).

Katılımcıların ailelerinin aylık gelir düzeylerine bakıldığında %78,8'inin orta gelir düzeyinde olduğu görüldü. Ailelerin aylık gelir düzeyleri ile katılımcıların cinsel şiddet öyküsü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,02$).

Katılımcıların %9'unun kendilerine gelir getiren ek bir işte çalıştıkları tespit edildi. Çalışma durumlarının cinsel şiddete uğrama durumları ile değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,806$).

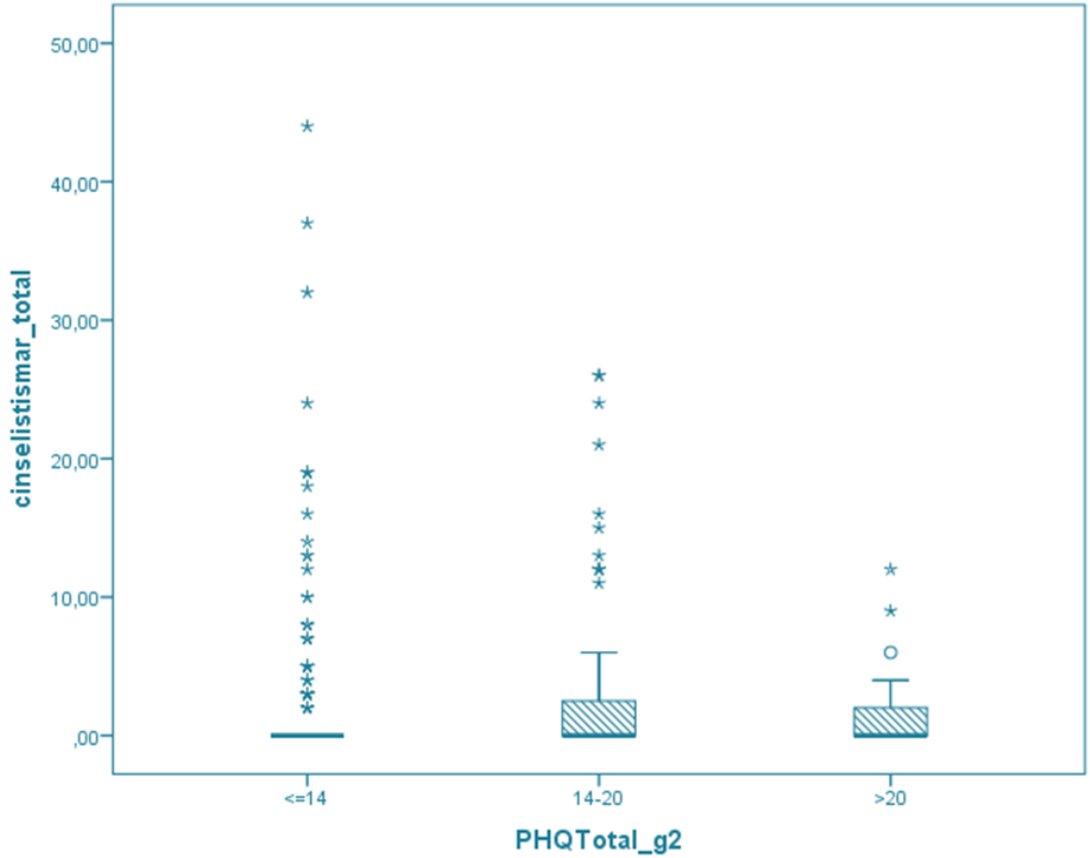
Katılımcıların %17'sinin hayatlarının bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldıkları tespit edildi. Son altı ayda cinsle şiddete uğrama oranı ise %9 olarak hesaplandı. En sık görülen cinsel şiddet çeşidi %67,6 ile “ bir erkeğin devamlı konuşma ve baskısından dolayı istemediğiniz halde bir seks oyununa boyun eğme” oldu.

Son bölümde katılımcılarda depresyon sıklığını araştırmak üzere PHQ-9 anketi uygulandı. Buna göre üniversitedeki kadın öğrencilerin depresyon sıklığı %20 olarak tespit edildi. Depresyon şiddeti orta ve yüksek olarak ikiye ayrılarak hesaplandığında depresyonu olan katılımcıların %28,8'inin şiddetli düzeyde depresif oldukları bulundu. Katılımcılardaki depresyon varlığı ile cinsel şiddet öyküsü değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p=0,02$). Şiddetli depresyon ile cinsel şiddet öyküsü arasında ise anlamlı fark gözlenmedi ($p= 0,34$). Bu durumun sebebi olarak katılımcılar içinde şiddetli depresyon tanısı alanların sayıca yetersiz ($n=20$) olması nedeniyle olabilir.

4. 3. Yakın ilişkilerde cinsel şiddet için bağımsız değişkenler

Kişinin öğrenim düzeyi, yaşı, mezun olduğu okul, sürekli yaşadığı yer, anne ve babanın çalışma durumu, aile şiddete ve cinsel şiddete tanıklık etme, flört etme ve flört süresi, flörtün sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım öyküsü, kendisinin sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım öyküsü, alkol kullanım miktarı ve sıklığı, kendini nasıl hissettiği, gelir düzeyi, depresyon tanısı almış olması olarak bulundu.

Lojistik regresyon yapıldığında fen fakültesi ve iletişim fakültesinin cinsel istismara uğramak açısından riskli olduğu, aile içi şiddete tanık olmanın cinsel şiddete uğramayı 2,5 kat artırdığını, alkol kullanımının cinsel şiddete uğrama oranını 3,4 kat artırdığını ve madde kullanımının ise 7,5 kat artırdığı hesaplandı. Depresyonun da cinsel şiddete uğrama oranını 2,03 kat artırdığı bulundu.



Şekil 4. 4. Cinsel Şiddet İle Depresyon Skorları Arasındaki İlişki

5. TARTIŞMA

Flört şiddeti uzun süreden beri görmezden gelinmiş, son beş yılda özellikle sağlıkçıların, medyanın ve hukukun dikkatini çekmeye başlamıştır. Flört şiddeti aslında kişiler arası şiddetin bütün öğelerini içerir ve genç erişkinler için daha büyük bir sorundur. Genç erişkinlerdeki sonuçları uzun vadede özellikle ruhsal olmak üzere genel sağlığı etkilemektedir.

Bu araştırmada, katılımcıların yakın ilişkileri tarafından cinsel şiddetle karşılaşp karşılaşmadıklarını belirleyerek üniversitedeki kadın öğrenciler için bir prevalans saptamak ve aynı zamanda cinsel şiddetin olası psikolojik etkilerinden olan depresyonla ilişkisi anket yöntemi ile sorgulanmıştır.

Bair-Merritt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şiddet mağduru genç erişkinlere “Nasıl bir anket metodu uygulanırsa daha dürüst cevap verip rahatlıkla başınızdan geçenleri anlatabilirsiniz?” diye sorulduğunda, yüz yüze görüşme yönteminden ziyade, kendi kendilerinin doldurabilecekleri çoktan seçmeli bir anketi cevaplandırmanın kendilerini daha rahat hissettirecekleri saptanmıştır. Bu çalışmada da anket sorularının denekler tarafından tek başlarına doldurulması sağlanmıştır (77).

Amerikan Pediatri Akademisi’ne göre liseye devam etmekte olan her 5 kadından 1’inin flört şiddetiyle karşılaştıkları, üniversitedeki kadın öğrencilerin %50’si hayatlarının bir döneminde flört şiddeti yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda şiddete maruz kalma konusunda en riskli 16-24 yaş arasında olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmadaki yaş ortalaması 20,70 olarak bulunmuştur (20). Dolayısıyla çalışma en riskli grup üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Dünya’daki yakın ilişkiler için kadına yönelik şiddet prevalanslarına baktığımızda İran’da %94,6, Tanzanya’da %91,3, Güney Afrika’da %82, Yunanistan’da %57,5, Hong Kong’da %55,2’dir (37). İsrail’de %60,5; İspanya’da %95,3, Singapur’da %10-28 olarak görülmüştür (20).

2010 yılında Amerika’da Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezleri tarafından “Ulusal Flört Şiddeti Çalışması” başlatılmıştır. 2010 yılı raporlarına göre kadınların hayatlarında en az bir kez cinsel şiddetle karşılaşma durumları %18,3; erkeklerde ise % 1,4 olarak belirlenmiştir (78). Bu çalışmada ise üniversitedeki kadın öğrencilerin cinsel şiddete uğrama prevalansları %17 olarak hesaplanmıştır.

Söz konusu raporda son on iki ay içinde maruz kaldıkları yakın partner şiddeti sorgulandığında %5,9'unun cinsel şiddetle karşılaştıkları görülmüştür (78). Bu çalışmada kadın üniversite öğrencilerine son altı ayda karşılaştıkları cinsel şiddet sorulduğunda %9'unun herhangi bir şekilde maruz kaldıkları bulunmuştur.

Türkiye'de daha önce hemşirelik yüksek okulları 1. ve 4. sınıflarında benzer yaş gruplarında yapılan çalışmada, kadın öğrencilerin flört ilişkilerinde şiddete maruz kalma olasılıkları %28,6' olarak tespit edilmiştir (79). Bu çalışmada hala yüksek öğrenimine devam etmekte olan kadın öğrencilerin yakın ilişkilerindeki cinsel şiddet oranı sorgulanmış olup prevalans %17 olarak bulunmuştur.

Tuz. C ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre Ankara'daki bir vakıf üniversitesindeki kadın öğrencilere yönelik cinsel şiddet prevalansı %8,2 olarak bulunmuştur (74). Bu çalışmada ise son altı aylık cinsel şiddet prevalansı % 9 olarak hesaplanmıştır.

Literatürde kırsal kesimde yaşayanların, şiddete uğrama durumlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (70,74). Türkiye'de Ağçay G. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kırsal kesimde yaşayan evli kadınların yakın ilişkilerinden şiddet görme durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (79). Bu çalışmada ise kadın öğrencilerin kırsal ya da kentsel bölgeden üniversiteye gelmiş olmaları ile yakın ilişkilerinden cinsel şiddet görme durumları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p=0,406$). Araştırmamızda, kırsal alanla kentsel bölgede büyüyen üniversite öğrencilerinin cinsel şiddetle karşılaşma bakımından herhangi bir fark saptanmamıştır.

Literatürde tek ebeveyn ile yaşayanların daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve uyguladıkları bildirilmektedir (8,10,12,21,69). Bu araştırmada literatürün aksine anne babası birlikte yaşayanlarda şiddete maruz kalma ve uygulama olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni anne babanın ilişkisi de şiddet içeriyorsa bunun şiddetin içselleştirilmesine neden olması ya da yanlış rol modeller nedeniyle sosyal öğrenme teorisini destekler şekilde şiddetin öğrenilmesi olabilir (4,9).

Şiddete tanık olarak büyüyen adolesanlarda, şiddet görme eğilimi olmaktadır. Dube ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre çocukken aile içi şiddete tanık olanların adolesan döneminde şiddete maruz kalma durumları 6 kat fazla iken, çocukken aile içi cinsel şiddete tanık olan adolesanlarda cinsel şiddetle karşılaşma

durumları 2,6 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (20). Bu çalışmada aile içi şiddete tanıklık edenlerin %27,2'sinde cinsel şiddetle karşılaştığı hesaplanmıştır. Cinsel şiddete tanıklık eden kadın öğrencilerin cinsel şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun nedeninin aile içinde cinsel şiddete tanıklık az sayıda kişi (n=9) olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Rebecca K. You ve arkadaşları acil servise başvuranlar arasında bir çalışma yapmıştır. Geriye yönelik son altı yılın verileri taranarak, şiddet başvurularında cinsiyet farkının boyutu ve yakın ilişkilerdeki şiddetin ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada şiddet mağduru 5514 kadın tespit edilmiş olup bunların 1530'u flörtleri, erkek arkadaşları gibi yakın ilişkilerinden kaynaklandığı ve aynı şekilde 9476 erkekte 395'inin yakın ilişkilerindeki flört nedeniyle acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Mevcut şiddet başvuruları içinde yakın partner şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar evde tek başına yaşamak ve cinsel şiddet olmuştur (80). Cinsel şiddet mağdurlarının ve evde tek başına yaşayanların, anlamlı bir kısmının şiddeti yakın ilişkide oldukları insanlardan gördükleri anlaşılmıştır. Bu çalışmada da evde tek başına kalıyor olmanın cinsel şiddet için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Flört ilişkisinde şiddete maruz kalanlarda anksiyete bozuklukları ve post travmatik stres bozukluğu (PTSD) gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Maria A ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada PTSD ve anksiyete bozuklukları DSM 4 ölçütleri gözetilerek değerlendirilmiştir. (81). Düşük konsantrasyon, sinirlilik, motivasyon ve enerji düşüklüğü ile karakterize PTSD semptomları ve depresyon belirtileri aile içi şiddete maruz kalan yetişkinlerde olduğu kadar, ergenlik döneminde flört ilişkisinde şiddet yaşanmasıyla da bağlantılı bulunmuştur (81,83). Araştırmamızda flörtü tarafından cinsel şiddete uğramış kadın öğrencilerin önceki ve son altı aydaki şiddet öyküleriyle depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0. 02).

Romantik ilişkilerdeki şiddetin genç erişkinlere bakıldığında uzun dönemde ve derinden etkilerinin olduğu görülmektedir. Erkek arkadaşı tarafından şiddete uğramış genç kadınlarda ölüm oranları, sigara içme durumları, morbid obezite, fiziksel inaktivite, depresyon ve intihar girişimleri daha fazla bulunmuştur(20, 82). u

çalışmada da benzer şekilde cinsel şiddete uğrayanların sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu bulundu. Aynı zamanda kadın üniversite öğrencilerinden cinsel şiddetle karşılaşılarda %67 oranı ile daha fazla depresyona rastlandı.

Houng Y. H ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada obezite etiyolojisinin multi faktörlü olduğu; yakın partner şiddetinin de bir etkisi olup olmadığına bakılmıştır. Obezite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Flört şiddeti ile obezite arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla flört şiddeti ile obezite arasında dolaylı olarak bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (83). Bu çalışmada ise flört cinsel şiddeti ile depresyon arasında ilişki bulunup istatistiksel olarak da anlamlı kabul edilmiştir ($p=0.02$). Ancak bu çalışmada obezite ya da boy kilo gibi obezitenin hesaplanabileceği bilgiler ankette sorulmamış ya da ölçülmemiştir. Bu yüzden obezite ile cinsel şiddete uğrama arasında bir bağlantı kurulamamıştır. Bu durum çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir.

Muyan M ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yakın ilişki şiddeti ile diyet yapma ve blumik olmak arasında Türk üniversite öğrencileri arasında fark bulunmuştur. Flört şiddetine maruz kalan kadın üniversite öğrencilerinin daha sıkı diyet yaptıkları ve blumia nervosa risklerinin normal popülasyona kıyasla daha fazla olduğu gösterilmiştir (84). Bu bilgi literatürle çelişmektedir ve ileriki cinsel şiddet araştırmalarında blumik olma durumu ile ilgili sorular da ankete eklenebilir.

Ancak nihayetinde, iştah değişikliği depresyon tanı kriterlerinden biri olduğuna göre cinsel şiddet mağduru kadınlar depresyona bağlı anoreksik ya da morbid obez olabilir.

Kanada'da yapılan bir çalışmada Beydoun H. ve arkadaşları tarafından postpartum depresyon ile yakın partnerin cinsel şiddeti arasında belirgin bir istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur. Depresyon ölçümü Edinburg Testi ile yapılmıştır, şiddet öyküsü telefon ile görüşme yapılarak herhangi bir ölçek kullanılmadan gerçekleştirilmiştir (85). Bu çalışmada da postpartum olmasa da kadın öğrencilerde cinsel şiddete uğrama durumları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.02$) saptanmıştır. Depresyon için Hasta Sağlık Anketi ve şiddet öyküsü için Yakın İlişkilerde Cinsel Şiddet Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Flörtü tarafından cinsel şiddet uygulanmış kadınların duygudurumları araştırıldığında Maria A. Pico-Alfonso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık depresyonla karşılaştıklarını, diğer şiddet çeşitlerinden biri, örneğin fiziksel ya da psikolojik şiddetle karşılaşmış kadınlara göre depresyon derinliğinin fazla olduğunu ve anksiyetelerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir (81). Özellikle cinsel şiddetle karşılaşmış kadınlarda depresyona aynı zamanda post travmatik stres bozukluğu tanısı da eklenebilir. Çalışmamızda da flört cinsel şiddetine uğramış kadın öğrencilerde depresyon durumları arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştu ($p=0.02$). Çalışmamızda post travmatik stres bozukluğu ile ilgili herhangi bir veri toplanmamıştır. İleri çalışmalar planlanırken depresyon ölçekleri ile birlikte post travmatik stres bozukluğu anketleri birlikte uygulanabilir.

Torres A. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada flört şiddetine uğramış kadınlarda depresyon ve kişilik bozuklukları semptomları araştırılmıştır. Vaka kontrol şeklinde yapılan çalışmada çok yönlü kişilik envanteri, eş şiddeti indeksi ve Beck depresyon skalası kullanılmıştır (86). Çalışmada flört şiddetine uğramış kadınlarına daha depresif oldukları ve şiddete uğrama süresi uzadıkça kişilerin şiddete uğrama durumlarını görmezden gelme ve ya reddetme gibi psikolojik korunma mekanizmaları geliştirdikleri tespit edilmiş ancak depresyonla post travmatik stres bozukluğu semptomlarının karışık olarak aynı kişide ortaya çıkma olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da cinsel şiddet sonrası depresyonunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.02$).

Cody MW ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada flört şiddeti ile karşılaşan bayanlardaki duygudurum bozuklukları incelenmiştir. Post travmatik stres bozukluğu için Impact of Event Scale-Revised Envanteri, depresyon için Beck Depresyon Ölçeği-II, yaygın anksiyete bozukluğu için ise Anxiety Disorders Interview Schedule-IV kullanılmıştır. Tüm anketlerin katılımcılar tarafından birebir doldurulması sağlanmıştır (82). Sonuçta %27'si post travmatik stres bozukluğu, %40'ı depresyon ve %55'i ise yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Bu çalışmada ise cinsel şiddetle karşılaşan kadınların %67'sinde depresyon tanısı mevcuttu.

Tayland'da, Ratchneewan ve arkadaşlarının flört şiddeti ile ilgili olarak üniversite hastanesinin ayaktan polikliniklerinde yaptıkları bir çalışmada; yakın

partneri tarafından cinsel şiddete maruz kalma prevalansı %25 olarak bulunmuştur. Cinsel şiddete uğrama durumları için bu çalışmadaki “kadına yönelik şiddet derecelendirme ölçeği” kullanılmış, depresyon taraması için ise Tai Depresyon Envanter uygulanmıştır. Bu çalışmada ise flört cinsel şiddet prevalansı %17 olarak hesaplanmıştır. Tayland’daki çalışmaya katılan deneklerin ortalama yaşı 36 iken bu çalışmadaki yaş ortalamasının 20 olmasının aradaki farkı açıkladığı düşünülmektedir. Tüm katılımcılardaki depresyon prevalansı % 24 olarak hesaplanırken bu çalışmada depresyon prevalansı %20 bulunmuştur (87). Tayland’daki çalışmada yakın ilişkilerdeki cinsel şiddet ile katılımcıların depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Yine bu çalışmada benzer şekilde flörtün cinsel şiddet durumu ile depresyon durumları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p=0.02$) ile ispatlanmıştır.

2010 yılında Amerika’da Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezleri tarafından “Ulusal Flört Şiddeti Çalışması” başlatılmıştır. 2010 yılı raporlarına göre raporda cinsel şiddete uğrayan kadınların %28,2’sinde post travmatik stres bozukluğu tespit edilmiş olup depresyon ile ilgili herhangi bir veriye yer verilmemiştir (21). Bu çalışmada ise post travmatik stres bozukluğu yerine depresyon semptomları sorgulanmış olup cinsel şiddetle karşılaşan kadın öğrencilerin % 28,8’inde depresyon varlığı bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Birinci basamakta her grup hasta ve hastalık ile ilk temas noktası olan aile hekimleri uyguladıkları şiddet protokolleri ve algoritmaları ile diğer branş hekimlerine örnek olmalıdır. Gerektiği durumlarda da disiplinler arası çalışmayı ilke edinmelidir. Aile hekimliği uzmanı, özgün problem çözme becerilerini kullanarak benzer yakınmalarla sık sık başvuran kadın hastalarda, yakın ilişkilerindeki şiddet olabileceği akılda tutulmalı ve gerektiğinde duruma yönelik açık uçlu sorularla kişi anlatmaya teşvik edilmelidir (52).

Kişi merkezli ancak kapsamlı yaklaşım ilkesi her zaman akılda tutulmalı, cinsel şiddetle başvuran olgularda cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler gibi olası diğer akut sağlık problemlerine yönelik harekete geçmeli ve ayrıca uzun vadeli sağlık sorunları için tedbir almalıdır. Buna yönelik mağdura psikoterapi, jinekolojik ayrıntılı muayene gibi konsültasyonlar tavsiye edilmelidir (51).

Cinsel şiddet ve kadına yönelik şiddet projeleri arasında aile hekimliği uzmanları da yer alarak toplumun bilgilendirilmesi ve farkındalığın oluşturulmasında katkı sağlanabilir. Birebir hastalara eğitimlerin planlanabileceği gibi kadınlara özel organizasyon düzenleyerek örneğin üreme sağlığı hakkında bilgi verirken mutlaka cinsle şiddeti önleme adına da farkındalık sağlanmalıdır. Konunun mahremiyeti nedeniyle bazı yörelerde direkt konu başlığı ile bilgilendirme riskli olabileceği için, bağlantılı konular anlatılırken mutlaka kadına yönelik ama özellikle cinsel şiddetin önlenmesinden bahsedilmelidir.

Toplum yönelimli olma özelliğinin gerektirdiği şekilde, elindeki kaynakları denge içinde kullanarak, içinde yaşadığı toplumun tüm sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek adına, birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin başlangıç noktası, genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olan ruhsal ve bedensel olarak tam bir iyilik hali olan sağlık kavramına gereken önemi vermek olmalıdır. Aile hekimlerine, periyodik hekim kontrolü alışkanlığının edinilmesi, periyodik muayeneler kapsamında jinekolojik muayeneleri göz ardı etmemelidir ve bu sırada hastaları bilgilendirme konularında önemli görevler düşmektedir.

Centers of Diseases Control and Prevention (CDC) 'nin hazırladığına benzer şekilde, bu durumun bir ciddi olduğunu bildiren, içinde kısaca cinsel şiddet tanımını barındıran, neden bir toplum sağlığı sorunu olduğu, olası risk faktörlerini, cinsel şiddeti önlemek için önerilerin ve kaynakçanın da bulunduğu “Cinsel Şiddeti Anlamak” konulu broşürler hazırlanabilir.

CDC'nin cinsel şiddet rehberi doğrultusunda öncelikli hedefler belirlenerek toplumun bu konu üzerindeki dikkatini çekerek halk eğitimleri, okul ve üniversitelerde öğrenci eğitimleri planlanabilir. Eğitimlerin planlanmasından önce hedefler ortaya konarak ileri görüşlü ve kapsamlı bir yol haritası çizilebilir. Bir hedef odaklı işbirliği örneği şemada gösterilmiştir.



CİNSEL ŞİDDET EYLEM PLANI

Şekil 6. 1. Cinsel Şiddet Eylem Planı Örneği (CDC)

CDC'nin cinsel şiddet rehberi örnek alınarak, toplumun dikkatini çekmek adına sosyal medya kullanılabilir. Geleneksel sosyal medya uygulamaları yanısıra facebook ve twitter gibi daha kişisel hesaplar kullanılarak bir mesajla daha büyük kitlelere ulaşılabilir. Bunun için özellikle dikkat çekici bir başlık ve soru kalıplarının kullanılması yerinde olacaktır.

2010 yılında Amerika' Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezleri tarafından “Ulusal Flört Şiddeti Çalışması” başlatılmıştır (89). Bu çalışmada cinsel şiddet sıklığını tespit etmek amaçlanmıştır. Bir sonraki çalışmalar için cinsel şiddet

mağdurlarına ayrıntılı sorulardan alınan cevaplar eşliğinde biyopsikososyal şekilde yaklaşılabilir.

Son zamanlarda sağlıklı cinsel yaşam, doğru doğum kontrol yöntemleri, HIV'den korunma gibi kampanyalar yapılmaktadır. Bu kampanyalar sırasında cinsel şiddetin de toplumsal bir sorun olduğun vurgulanabilir (90). Geliştirici davranışlar açısından aileler desteklenerek daha çok cinsiyet dengeli çocuk yetiştirme modelleri uygulanabilir. Bunların yanısıra cinsel şiddetin önlenmesinde halk sağlığı çalışanlarına büyük görev düşmektedir. Cinsel şiddet mağduriyeti için standart protokoller hazırlanarak hem kanıtlar titizlikle belgelenebilir hem de mağdura verilen sağlık hizmeti kalitesi artırılabilir. Sağlık çalışanları cinsel şiddet konusunda bilgilendirilmelidir. Tüm sağlık personelinin bilgilendirilmesinin yanısıra özellikle aile hekimleri ve psikiyatristlerin özellikle eğitilip gerekirse mezuniyet sonrası eğitim kursları ile sertifikalandırılmalıdır. Bilgilendirmelerin amacı tüm sağlık çalışanlarının cinsel şiddet konusunda bilgi ve dikkatlerinin artmasının yanısıra, böyle bir şikayetle başvuran kadınlara hassasiyetle müdahale edebilmelerini sağlamak olmalıdır. Rızası olmadan cinsel ilişki yaşayan mağdurların HIV ile infekte olabileceği de akılda tutulmalıdır. Cinsel şiddet mağduruna hizmet veren özel merkezler ya da özel sağlık çalışanları tahsis edilebilir. Örneğin Kanada'da cinsel şiddet vakaları için özel bir hemşire de bulunmaktadır. Toplum tabanlı yapılabilecek uygulamalara gelince cinsel şiddet önleme programları düzenlenebilir. Kampanyalar özellikle televizyon, radyo, büyük reklam panoları ve toplu taşıma araçlarında afişler ile halka duyurulabilir. Erkekler için özel toplum aktivitesi düzenlenebilir. Özellikle işyerleri, hapishaneler ve okullar gibi toplu alanlarda sadece erkekler için bilgilendirme grupları kurularak şiddet ve cinsel şiddete karşıtı aktiviteler yapılabilir.

Okul-tabanlı programlar: Okullarda cinsel şiddete hayır programları hayati önem taşımaktadır. Hem tüm şiddetleri önlemede hem de cinsel şiddetin önüne geçmede önemli bir basamaktır. Ayrıca öğretmen- öğrenci arasındaki şiddet ve olası cinsel şiddet vakalarının da önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Yasal ve sağlık sigortası işlemleri: Cinsel şiddet olgularının bildirimi zorunlu olmalıdır. Birçok ülkede polis raporunun tutulduğu cinsel şiddet vakaların dosyalarında mahkemelerce daha özenle incelenmesine sebep olduğu bilinmektedir.

Yasal reform oluşturulabilir. Cinsel şiddet tanımı belli çerçeve içine alınabilir, kanıtsızlık durumu ile ilgili bazı esneklikler getirebilirler. Uluslararası antlaşmalar yapılabilir. Uluslararası antlaşmalar, ulusal kanunların standardını sağlamak ve yerel grupların kampanyalarını desteklemek için önemlidir. Ayrıca cinsel şiddetin diğer formlarının da engellenmesi için çalışılmalıdır. Cinsel ticaret, kadın sünneti, çocuk gelinlerin de şiddetin parçalarından biri olduğu hatırlanmalıdır.

Cinsel şiddete uğrayan kadınları öncelikle birinci basamak hekimleri veya acil servis hekimleri karşılamaktadır. Bu açıdan bakıldığında birinci basamak hekimlerinin cinsel şiddet vakalarına yaklaşımı bilmesi ve uygulayabiliyor olması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün birinci basamak hekimlerine yönelik anahtar cümleleri ise:

Cinsle şiddete uğramış bir kadınla karşılaşıldığında:

-Ön yargısız yaklaşılmalı, konuşması teşvik edilmeli ve her anlattığı jest ve mimiklerle tasdik edilmelidir.

-Pratik uygulamalar geliştirilmeli ve mağdurun muayene hakkındaki tedirginlikleri ortadan kaldırılmalıdır.

-Şiddet öyküsü açıkça sorulmalı, dikkatlice dinlenmeli ancak kişiyi konuşmaya zorlamamak önemlidir.

-Mağdura faydalı olabilecek yasal düzenlemeleri ve sosyal platformlar hakkında bilgilendirilmelidir.

-Kendini güvende hissedeceği bir ortam yaratılmasına özen gösterilmelidir.

-Konsültasyon mutlaka gizli tutulmalıdır.

-Bilgi alınırken mutlaka not alınması gereklidir.

Cinsel şiddet genel olarak araştırmalarda görmezden gelinen ve ihmal edilen bir unsurdur. Yapılan sınırlı sayıda araştırma bu durumun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Cinsel şiddet olaylarını anlayabilmek ve önlemek adına daha çok araştırma yapılmalıdır. Sağlık profesyonellerini hem medikal hem de psikolojik anlamda mağdura destek olarak tıp adına kanıtların toplanmasına yardımcı olabilir. Sivil toplum örgütleri ve hükümetlerle sağlık sektörünün birlikte çalışması ile cinsel şiddet önlenabilir. Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre yakın ilişkilerdeki şiddeti önlemek için mutlaka yeni araştırmalar yapılarak söz konusu ölçeklerin işlevselliği irdelenmelidir.

Üniversite kampüslerinde şiddetin engellenmesine yönelik eğitim programları bu grupta riskin azaltılmasında etkili olacaktır (8,34,37,73,75). Koruma programlarının etkilerinin uzun dönemli kohort çalışmalarla desteklenmesi gereklidir. Amerika ve Kanada'da yapılan çalışmalarda eğitim alanların flört ilişkilerinde şiddeti destekleyen normları daha kabul edilebilir bulduklarını, daha az şiddet uyguladıklarını iletişim becerilerinin geliştirdiğini öfke kontrolünü daha etkinlikle sağlayabildiklerini, cinsiyet rolleriyle ilişkili stereotipik davranışlardan kaçındıklarını ve yardım sağlayan kurumlarla ilgili daha çok bilgi sahibi oldukları, şiddetin negatif sonuçları hakkında bilgi artışı nedeniyle bu davranışlardan kaçındıkları belirlenmiştir (26).

Üniversite yerleşkelerinde meydana gelen saldırılar için alınması gereken kurumsal önlemler şöyle sıralanabilir.

Disiplin önlemleri:

A. Korunma önlemleri

- a. Saldırının bildirilmesi
- b. Destek servisleri
- c. Ailelerin öğrencilerin konu hakkında eğitimleri

B. Kadının güçlendirilmesi

- a. Ekonomik
- b. Özgürlük
- c. Özgüven kazandırılması
- d. Güvenli ilişki yöntemlerinin öğretilmesi

- e. İstismar edici ilişkinin özellikleri ve tehlikeleri konusunda uyarılması
- C. Kadının hatalı inanışları ve cinsel saldırı-flört ilişkisinde diğer şiddet türleri hakkındaki mitlerin ortadan kaldırılması
- D. Saldırganın eğitilmesi
 - a. Disiplin örnekleri: Schwartz, üniversitelerde saldırganlar için yeterli disiplin ve cezalandırıcı örneklerin alınmadığı oysa bu cinsel saldırı olgularının belirlenmesi için tek yolun cezalandırma olduğuna, inanmaktadır.

ÖZET
BİR ÜNİVERSİTESİ ÖRNEKLEMİNDE KIZ ÖĞRENCİLERE YÖNELİK
CİNSEL ŞİDDET ARAŞTIRMASI VE DURUMUN DEPRESYONLA
İLİŞKİSİ

Amaç: Ankara Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan kadın üniversite öğrencilerinde flört ilişkilerinde cinsel şiddete uğrama prevalansları ile bu kadınlarda cinsel şiddetin bağımsız risk faktörlerini araştırmak, üniversiteye devam etmekte olan kadın öğrencilerin depresyon prevalanslarını ve olası depresyonları ile cinsel şiddete uğrama durumlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışmada tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan Ankara Üniversitesinde öğrenim görmekte kadın öğrencilere yerleşke içindeki sosyal alanlarda gönüllülük esası ile anket uygulanmıştır. Anket sosyodemografik bilgilerden, Mağdurların Cinsel Deneyimleri Ölçeği'nden, Hasta Sağlık Anketi-9 formundan oluşmaktaydı. Konunun mahremiyeti sebebiyle anketler kapalı zarf içinde isimsiz olarak büyük bir kutu içinde toplandı. Kullanılan ölçeklerin tümünün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştı.

Bulgular: Çalışmaya, katılmayı kabul eden sağlıklı 400 kadın üniversite öğrencisi alınmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 20.70 ± 2.12 dur. Üniversiteli olma yıllarına bakıldığında %30,8'inin üçüncü sınıfta olduğu belirlenmiştir (n=134). Katılımcıların %97,3'ü bekar (n=389); %2,8'i ise evlidir (n=11). Katılımcıların %18,3'ü şehirde büyümüş olup (n=73) % 81,8'i kırsal bölgeden gelmektedir (n=327). Öğrencilerin en son mezun oldukları lise sorulduğunda % 55,8 ile en sık Anadolu lisesi (n=223), ikinci sıklıkla %21 ile lise (n=84); en az olarak da %0,3 ile imam hatip lisesi (n=1) olduğu belirlenmiştir.

Bu verilere göre cinsel şiddet prevalansı %17 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %17'sinin hayatlarında en az bir kez cinsel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Evli olanların hiçbirisi cinsel şiddete maruz kalmamıştır. Son altı ay içinde cinsel şiddete maruz kalan kız öğrenci oranı %9 (n=36)'dir. Kişilerin annelerinin çalışıp çalışmama durumuna göre önceki ve şimdiki cinsel şiddet öyküleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0.005$). Cinsel şiddet

mağduriyet öyküsü olan kadın öğrencilerden %24'ünün annesi herhangi bir işte çalışırken, %13'ü çalışmıyor veya emekli olarak hesaplanmıştır. Flört süresi ile cinsel şiddete uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,122$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da cinsel şiddete uğrayan kadın öğrencilerin flört ilişkilerini sonlandırma eğiliminde olduğu tespit edildi. Cinsel şiddet öyküsü bulunmayan ancak flörtü olan kadın öğrencilerin flört sürelerinin medianı 11 iken, cinsel şiddet öyküsü bulunan öğrencilerin flört sürelerinin medianı 6 olarak hesaplanmıştır. Lojistik regresyon yapıldığında fen fakültesi ve iletişim fakültesinin cinsel şiddete uğramak açısından riskli olduğu, aile içi şiddete tanık olmanın cinsel şiddete uğramayı 2,5 kat artırdığını, alkol kullanımının cinsel şiddete uğrama oranını 3,4 kat artırdığını ve madde kullanımının ise 7,5 kat artırdığı hesaplandı. Depresyonun da cinsel şiddete uğrama oranını 2,03 kat artırdığı bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada, bir üniversite örneklemindeki kadın öğrencilerin cinsel şiddet prevalansının literatürle uyumlu olduğu, genç erişkinlerde depresyon sıklığının literatürle benzer olduğu bulundu. Sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının, ailede şiddete tanık olma öyküsünün, flört edinme ve flörtün zararlı alışkanlıkları olmasının yakın ilişkilerde cinsel şiddete uğrama riskini artırdığı bulunmuştur. Ayrıca, yakın ilişkilerinde cinsel şiddete uğramış kadın öğrencilerin depresyon tanısı alma ihtimalinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: flört şiddeti, kadın, üniversite, depresyon, madde kullanımı

SUMMARY

INTIMATE PARTNER –SEXUAL VIOLENCE AND RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION SYMPTOMS AMONG COLLAGE WOMEN A SAMPLE FROM A UNIVERSITY

Objective: The aim of this study was to identify the prevalence of sexual violence among collage women of Ankara University. The risk factors of intimate violence-sexual version- was investigated, the depression symptoms of the respondents were compared with the history of their sexual abuse in the past and in six months.

Methods: The screening model was used in the study. A questionnaire consisting three subscales (personal information, determining the sexual violence and depression symptoms) were administered to collage women in the first built university of Turkey. The subscales were Intimate Partner Violence – Victim Version and Personal Health Questionnaire-9. Both of the scales were validity and reliably in Turkish language.

Results: Forty hundred healthy collage women, who were students in Ankara University and accepted to participate were included in the study. Of the participants, 97.3% were single ($n = 389$) and average age was 20.70 ± 2.12 . The average year of the attendance to the collage was 30.8% of them were in her third year. Most of the individuals were grown up in towns by the range of 81.8% ($n=327$). Of the individuals 55.8% of them were graduated from Anatolian High Schools ($n=223$).

According to the study, the rate of sexual violence among collage women is 17%. It is found that the 17% of the individuals have been sexually violence at least once in their lives. Also, the prevalence of sexual violence in six months is 9% ($n=36$). It is compared that the mother of collage women has a job and the collage women have more risk of being sexual violence ($p=0.005$). It is found that the romantic relationships time that collage woman was involved in is another risk factor for sexual violence ($p=0.122$). The results of logistics regression is attending a science or communication faculty, being a witness to domestic violence, alcohol

abuse, substance abuse are risk factors that affect sexual violence. Depression is another issue that is found high among collage women who were sexually abused.

Conclusion: In this study, it was demonstrated that there was a positive correlation between sexual violence among collage women and alcohol abuse, drug abuse, depression. It should also be emphasized how childhood histories are important. In addition, collage women should be aware of being sexually abused while dating with men.

Key Words: Sexual Violence, Intimate Partner, Collage women, depression,

KAYNAKLAR

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization: World report on violence and health. . Erişim: (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>) Erişim tarihi: 04. 10. 2015
2. Leventhal JM. Children's experiences of violence: some have much more than others. *Child Abuse & Neglect*. 31: 3-6, 2007
3. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, initial results on prevalans, health outcomes and women responses. Erişim:(http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/). Erişim Tarihi: 04. 10. 2015.
4. Wekerle C, Wolfe DA. Dating violence in mid-adolescence: theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review* 19(4) : 435–456:1999
5. Makin-Byrd KN. Developmental model of partner violence: a longitudinal study Doktora tezi. Pennsylvania State University, The Graduate School Department of Psychology, Pensilvanya, 2009.
6. Swahn M, Simon T, Hertz M, Arias I, Bossarte R, Ross J, Gross L, Iachan R, Hamburger M. Linking dating violence, peer violence, and suicidal behaviors among high-risk youth. *Am J Prev Med* 34(1):30-38, 2008
7. Ozer E, Tschann J, Pasch L, Flores E. Violence perpetration across peer and partner relationships: Co-occurrence and longitudinal patterns among adolescents. *Journal Of Adolescent Health* 34:64–71, 2004
8. Malik S, Sorenson S, Aneshensel C. Community and dating violence among adeloscents : Perpetration and victimization *Journal of Adeloscent Health* 21: 291-302,1997
9. . Jackson SM. Issues in the dating violence research: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 4(2):233–247, 1999

10. Gover AR. Risky lifestyles and dating violence: A theoretical test of violent victimization. *Journal of Criminal Justice* 32:171– 180, 2004
11. Kimerling R, Alvarez J, Pavao J, Kaminski A, Baumrind N. Epidemiology and consequences of women's revictimization. *Women's Health Issues* 17:101-106, 2007
12. Halpern C, Spriggs A, Martin S, Kupper L. Patterns of intimate partner violence victimization from adolescence to young adulthood in a nationally representative sample, *Journal of Adolescent Health* 45:508–516, 2009
13. Matud MP. Dating violence and domestic violence. *Journal of Adolescent Health*, 40:295–297, 2007
14. Foshee VA. Gender differences in adolescent dating abuse prevalence, types and injuries. *Health Education Research Theory & Practice*, 11(3): 275-286, 1996
15. Leary K, Slep AS, Avery-Leaf S, Cascardi M. Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. . *Journal of Adolescent Health*, 42:473–479, 2008
16. Smith PH. A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. . *American Journal of Public Health*,. 93(7):1104-1109,2003
17. Clark K. Sociobiologic perspective on dating violence. Master Thesis, Hall State University, Department of Education ,Indiana, 1994
18. WHO Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: clinical and policy guidelines
(erişim:<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>)
19. Flowers RB. Dating Violence. *College Crime : A Statistical Study of Offences On American Campuses*. First Edition, North Carolina, McFarland & Company, Inc, 2009

20. Jonathan D Thackeray, Roberta Hibbard, M. Denise Dowd, The Committee on Child Abuse and Neglect, and the Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention Intimate Partner Violence: The Role of the Pediatrician, Pediatrics, Sayı 125/5, 2010
(Erişim: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1094>)
(Erişim Tarihi: 05. 11. 2015)
21. WHO, National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Summary Report (Erişim: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/nisvs/>) (Erişim Tarihi: 05. 11. 2015)
22. Therese Zink, MD ve ark The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices J Gen Intern Med. ; 20(10): 884–888, 2005
(Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490219/>)
(Erişim Tarihi: 08. 11. 2015)
23. Mccue ML. Background And History. Domestic Violence: A Reference Handbook. . Second Edition. California, Abc-Clio Inc, 2008
24. Howard D, Qiu YBS, Boekeloo B. Personal and social contextual correlates of adolescent dating violence. Journal Of Adolescent Health, 33:9–17, 2003
25. Centers of Disease Control and Prevention. Fact sheet on dating violence, International Journal of trauma nursing, 5(4):145-146, 1993. Ackarda DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. Child Abuse & Neglect, 26:455–473, 2002
26. Ely G,. Dulmus CN, Wodarski JS. Adolescent Dating Violence, first edition, Handbook Of Violence, (Rapp-Paglicci LA, Roberts AR Wodarski JS ed), New York, John Wiley & Sons, Inc, 34-49, 2002
27. Arriaga XB, Foshee VA. Do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps?. Journal of interpersonal violence, 19:162-184, 2004

28. Wolfe DA, Scott K, Crooks C. Abuse and violence in adolescent girls' dating relationships. Handbook of behavioral and emotional problems in girls. First edition. (Bell DJ, Foster SL, Mash EJ ed) New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 381-415, 2005.
29. Shorey RC, Cornelius TL, Bell KM. A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. *Aggression and Violent Behavior*, 13:185–194, 2008
30. Aklimunnessa K, Khan M, Kabir M, Mori M. Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Bangladesh: evidence from a national survey. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1): 52–63, 2007
31. Meeto V, Mirza HS. “There is nothing ‘honourable’ about honour killings”: Gender, violence and the limits of multiculturalism. *Women's Studies International Forum*, 30:187–200, 2007
32. Wolfe DA, Scott K, Crooks C. Abuse and violence in adolescent girls' dating relationships. Handbook of behavioral and emotional problems in girls. First edition. (Bell DJ, Foster SL, Mash EJ ed) New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 381-415, 2005
33. Taylor CA, Sorenson SB. Injunctive social norms of adults regarding teen dating violence. *Journal Of Adolescent Health*, 34:468–479, 2004.
34. Spriggs AL, Family and school socioeconomic disadvantage: Interactive influences on adolescent dating violence victimization. *Social Science & Medicine*, 68:1956–1965, 2009
35. Foshee VA, Linder F, MacDougall JE, Bangdiwala S. Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence, *Preventive Medicine*. 32:128–141, 2001
36. Betz CL. Teen Dating Violence: An Unrecognized Health Care Need. *Journal Of Pediatric Nursing: Nursing Care Of Children & Families*. 22(6): 427-429, 2007

37. Straus MA. Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30:252–275, 2008
38. Muñoz-Rivas M, J. Graña, K. O’Leary, M. González. Aggression in adolescent dating relationships: prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40: 298–304, 2007
39. Hind A. BeydounIntimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey 10. 1016/j. annepidem. 2010. 05. 011
40. Kaestle CE, Halpern CT. Sexual intercourse precedes partner violence in adolescent romantic relationships. *Journal of Adolescent Health*, 36:386–392, 2005
41. Ackarda DM, Neumark-Sztainerb D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26:455–473, 2002
42. Moffit, T. ve ark. "Do partners agree about abuse? A psychometric evaluation of interpartner agreement. " *Psychological Assessment*, 9, 47-56. (1996).
(Erişim:[http://www. icpsr. umich. edu/icpsrweb/PHDCN/descriptions/cts-partner-spouse-PAS-w1-w2-w3. jsp](http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/PHDCN/descriptions/cts-partner-spouse-PAS-w1-w2-w3.jsp)) (Erişim Tarihi: 08. 11. 2015)
43. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularında Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 2005.
44. Nicoletti A. Perspectives on pediatric and adolescent gynecology from the allied health care Professional. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 13:79–80, 2000
45. Wekerle C, Leung E, Wall A, MacMillan H, Boyle M, Trocme N, Waechter R. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33 (1): 45-58, 2009

46. Chan KL,. Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung W. C. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's*, 53:529–537, 2008
47. Aslan D ve ark, Ankara'da İki Hemşirelik Yüksekokulu'nun Birinci ve Dördüncü Sınıflarında Okuyan Öğrencilerin Flört Şiddetine Maruz Kalma, Flört İlişkilerinde Şiddet Uygulama Durumlarının ve Bu Konudaki Görüşlerinin Saptanması Araştırması, Teknik Rapor Halk Sağlığı Vakfı ve Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara. 2008 85.
48. Pico-Alfonso MA Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 29:181–193,2005
49. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, Yenilenmiş 11. Baskı- ders kitapları. 2011; Ankara
50. Bailey S, Whittel N. Young people : victims Of Violence. *Child and Adolescent Psychiatry: Current opening in psycyatry*, 17(4):263-268, 2004
51. Mary E. Muscari, Screening for Sexual Assault in a Primary Care Setting *Medscape Public Health*, 2014
(Erişim: http://www.medscape.com/viewarticle/821206_2) (E. T: 08. 11. 2015)
52. Helen Luce, Do ve ark , Sexual Assault of Women *Am Fam Physician* 15;81(4):489-495, 2010 (Erişim:<http://www.aafp.org/afp/2010/0215/p489.html>) (E. Tarihi: 08. 11. 2015)
53. Cornelius TL, Resseguie N. Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12:364–375, 2007
54. Türk Ceza Kanunu. [Turkish Penal Code]. Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26. 09. 2004, Yayımladığı Resmi Gazete Tarih: 12. 10. 2004, Yayımladığı Resmi Gazete Sayısı: 25611.

55. İş Kanunu. Kanun No :4857. Kanun Kabul Tarihi :22/05/2003. Resmi Gazete Tarihi: 10/06/2003. Resmi Gazete Sayısı: 25134.
56. Ceza Muhakemesi Kanunu Kanun Numarası : 5271. Kanun Kabul Tarihi : 04/12/2004. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi :17/12/2004. Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı : 25673
57. The European Definition of General Practice / Family Medicine - WONCA EUROPE. Edition 2011.
58. O'Doherty L ve ark. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev, 2015 (Erişim:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26200817>) (E. Tarihi: 10. 11. 2015)
59. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, Yenilenmiş 11. Baskıders kitapları. 2011; Ankara
60. Arslan A. Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
61. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, Yenilenmiş 11. Baskıders kitapları. 2011; Ankara
62. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. J Affect Disord, 30: 15-26, 1994.
63. Eker S, Akaya C, Akgöz S, Sarandöl A, Kırılı S. Majör Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboksetin'in Etkinlik ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması. Turk Psikiyatri Derg, 16(3): 153-163, 2005.
64. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. JAMA, 289: 3095-3105, 2003.
65. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.

66. Akiskal HS. Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeğitliliğine yeni bir bakış. Turk Psikiyatri Derg, 3(3): 163-169, 1992.
67. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. J Nerv Ment Dis, 186(8): 462-9, 1998.
68. Antony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18- 44 years old. Epidemiology, 2: 123-132, 1991.
69. Neumeister A, Nugent AC, Waldeck T et al. Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. Arch Gen Psychiatry, 61: 765-73, 2004.
70. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etyolojisi, Galenos Tıp Dergisi, 5: 44-6, 2001.
- 71 . https://tr.wikipedia.org/wiki/Ankara_%C3%9Cniversitesi
(E. Tarihi: 10. 11. 2015)
72. Ankara Üniversitesi Resmi İnternet Sitesi (Erişim: <http://www.ankara.edu.tr/>) (E. Tarihi: 10. 11. 2015)
73. Amerika Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi Resmi İnternet Sitesi
(Erişim:<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>) (E. Tarihi: 06. 09. 2015)
74. Tuz ve Ark, Kadına Yönelik Şiddet Derecelendirme Ölçeği ve Mağdurların Cinsel Deneyimleri Ölçeği Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Journal of Eurasian Society of Family Medicine 2015; (4) 2:3-26. (Erişim: <http://ejfm.trakya.edu.tr/archive/show/volume4/number2/500089>) (E. T: 20. 09. 2015)
75. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and Utility of A Self-Report Version Of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA. 1999;282(18):1737-44.

76. Corapcioglu A, Ozer GU. Adaptation of Revised Brief PHQ (Brief-PHQ-R) For Diagnosis of Depression, Panic Disorder and Somatoform Disorder In Primary Healthcare Settings. *Int J Psychiat Clin.* 2004;8(1):11-8.
77. Bair-Merritt M ve ark Silent victims--an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *N Engl J Med.* 2013 Oct 31;369(18):1673-5
78. Amerika Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi Resmi İnternet Sitesi
(Erişim: [www. cdc. gov/violenceprevention](http://www.cdc.gov/violenceprevention))(Erişim Tarihi: 26. 09. 2015)
79. Ağçay G Risk factors for violence against women by intimate partners in Sakarya, Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2015 2;36:37-42
80. Rebecca K. Yau, ve ark. Indicators of Intimate Partner Violence: Identification in Emergency Departments Violence: Recognition, Management and Prevention 2014 2; 85-87
81. Maria A. Pico-Alfonso, M ve ark The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide *Journal of Women's Health.* June 2006, 15(5): 599-611.
82. Cody MW ve ark. Correspondence Between Self-Report Measures and Clinician Assessments of Psychopathology in Female Intimate Partner Violence Survivors. *J Interpers Violence.* 2015,6 (2): 12-17
83. Jinseok Kim, Joohee Lee Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea doi:10. 1016/j. socscimed. 2013. 10. 014
84. Mine Muyan ve ark. Predicting eating disturbances in Turkish adult females: Examining the role of intimate partner violence and perfectionism *Eat Behav.* 2015 Dec;19:102-5.
85. Hind A. Beydoun ve ark 'Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey doi:10. 1016/j. annepidem. 2010. 05. 011

86. Al-Modallal H. Depressive Symptoms in College Women: Examining the Cumulative Effect of Childhood and Adulthood Domestic Violence. 2015. J Interpers Violence.
87. Torres A. ve ark. Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context Casey T. Taft Aggression and Violent Behavior 14 (2009) 50–58.
88. Ratchneewan Ross. Intimate Partner Violence Among OB/GYN Patients in Thailand. Soc Sci Med 2015 Dec; 146:307
89. WHO. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm,2000. page 54.
90. Amerika Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi Resmi İnternet Sitesi
(Erişim:<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>) (E. Tarihi: 06. 09. 2015)

EKLER

Ek 1: Etik Kurulu Onayı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU						
ARAŞTIRILANIN İLİŞKİLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yürürlük Numarası	Durum		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Tamam ☐ İptal ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖRÜLÜ OLUŞ FORMU			Tamam ☐ İptal ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Tamam ☐ İptal ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Tamam ☐ İptal ☐ Diğer ☐		
ARAŞTIRILANIN İLİŞKİLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Durum		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	REVOLÜK MATEYEL TRANSFER FORMU	☐				
	E-AN	☐				
	YILLIK BELİRLEM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BELİRLİMLERİ	☐				
KARAR BELİRLİMLERİ	Karar No: 13-50-15	Tarih: 21 Ağustos 2015				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/gahymının gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/gahymının başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İngilizce Biyoteknik Ürünlerin Klinik Araştırmalarında Kullanılmasına Yönelik Etik Kurul Uygulanış Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mehmet MELLİ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. İrfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Sema ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Sema DEMİREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Şule ŞENOCUL	İnfüzyon	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. İsmail İLHAN	Rah. Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Serap SARI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.E. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Zeynep ŞENOCUL	Halk	A.Ü. Halk Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Buse ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.E. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. A. Ruki SOYLU	Biyoetik	H.E. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Derya ÖZTÜRK	Biyoetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Selma Kaya TOPRAK	Neuroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Dr. Dr. Dilek DİLLİ	Tıp Tarih ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	F ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
Mehmet SUTAY	Yaklaşım	-	F ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[İmza]</i>
* Toplantıda Bulunanlar						
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet MELLİ İmza: <i>[İmza]</i>						
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.						

Ek 2. Anket Bilgilendirilme Metni

Araştırmanın Adı: Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı:Yrd. Doç Dr. AYŞE SELDA TEKİNER

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Kampüsü

Sayın Gönüllü;

Bu araştırma halen Ankara Üniversitesi’nde öğretim görmekte olan siz kız öğrencilerimize yönelik 56 soruluk, yaklaşık 10 dakika içinde cevaplandırılabilir bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan gerekli izin alındıktan sonra yapılmaktadır.

Anketimiz size kapalı zarf içinde sunulmuş olup, tek başınıza cevaplamanız beklenmektedir. Elde edilecek sonuçlara göre verilmekte olan sağlık hizmetlerine yön verilmesi amaçlanmaktadır. Bu sebeple soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Yanıtlayamadığınız sorular için size kapalı zarfı veren araştırma görevlisinden yardım alabilirsiniz. Anketi cevapladıktan sonra formu aynı kapalı zarf içinde kapalı karton kutuya atmanız beklenmektedir.

Anketimizde 35 adet sosyodemografik özellikte soru mevcut olup kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Diğer sorularda ise kadına yönelik flört şiddetinin ve depresyonla ilişkisinin sorgulanacağı ankette vereceğiniz bilgiler eğitim ve bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak; bilimsel yayın haline getirilecektir. Bireysel yanıtlarınız hiçbir şekilde üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Yapılanbu araştırma siz öğrencilerimize herhangi bir parasal yük getirmeyecek, sizlerden ikinci bir anket için tekrar buluşma talep edilmeyecektir.

Anketimizi cevaplandırıdığınız için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. AYŞE SELDA TEKİNER

Ek 3. Anket Formu

Değerli üniversite öğrencileri; bu araştırma sizinle ilgili bazı gündelik bilgiler, flörtünüzün size şiddet uygulama durumu ve duygu halinizle ilgili sorulardan oluşmaktadır. Tahmini cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Ankette kimlik bilgileriniz istenmeyecek olup sorulara verdiğiniz yanıtlar bilimsel yayın haline getirilmek üzere değerlendirilecektir. Bilgileriniz bireysel olarak üçüncü şahıslarla asla paylaşılmayacaktır. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi

Fakülte/Yüksekokul: . .

Üniversitedeki kaçınıcı yılınız?

Halen devam etmekte olduğunuz sınıf?

Doğum tarihiniz: (yıl)

Yaşamınızın büyük kısmını geçirdiğiniz yer? ☐ Köy/ ☐ İlçe/ ☐ Kasaba/ ☐ Şehir/☐Büyükşehir

Medeni haliniz? ☐ Evli / ☐ Bekar

Hangi liseden mezuniyet oldunuz? ☐Lise /☐Anadolu Lisesi/☐Fen Lisesi/☐Meslek Lisesi/☐İmam Hatip Lisesi/☐Özel Kolej

Şu an nerede yaşıyorsunuz? ☐Yurt/ ☐Arkadaşımla evde/☐Ailemle evde /☐Tek başıma evde/
☐Partnerimle evde

Nasıl bir ailede büyüdünüz? ☐ Çekirdek aile /☐Geniş aile /☐ Parçalanmış aile

	ANNE	BABA
Eğitim düzeyi	☐ İlkokul ☐ üniversite ☐ ortaokul ☐ yüksek lisans ☐ Lise ☐ diğer	☐ İlkokul ☐ üniversite ☐ ortaokul ☐ yüksek lisans ☐ Lise ☐ diğer
Çalışma hayatı	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli

Hiç aile içi şiddete tanık oldunuz mu?☐ E/☐ H

Hiç aile içi cinsel şiddete tanık oldunuz mu?☐ E/ ☐H

Hiç flört ettiğiniz kimse oldu mu? ☐E /☐H Şu an bir flörtünüz var mı? ☐E /☐H Ne kadar süredir birliktesiniz? ...ay Flörtünüzün yaşı: Flörtünüzün eğitim düzeyi:...

	FLÖRTÜNÜZ	SİZ
Sigara kullanma durumu?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Flörtüm yok	☐ Evet ☐ Hayır
Alkol kullanma durumu?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Flörtüm yok Cevabınız evet ise sizce sorun mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok	☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise sizce sorun mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok
Alkol ve sigara dışı madde kullandı mı/ kullandınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Flörtüm yok Cevabınız evet ise maddenin adı: . .	☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise maddenin adı: . .

Eğer alkol alıyorsanız: (alkol almıyorsanız aşağıdaki kutucuğu atlayabilirsiniz.)

Alkol kullanma sıklığınız	Ayda 1 / daha az	Ayda 2-4	Haftada 2-4	Haftada 4'ten fazla
Kullanım miktarınız	1standart* içki	2standart içki	3standart içki	4standart içki
Alkolün cinsi	Bira	Şarap	Votka	Rakı
Kullanım nedeni	Zevk almak	Çevreye uyum	Bağımlılık	Sıkıntıyı hafifletmek

*1 Standart içki=1 kadeh rakı, 1 kadeh votka, 1 kadeh cin, 1 bardak şarap, 1 büyük bardak bira anlamındadır.

Genel olarak yaşamınıza baktığınızda kendinizi psikolojik olarak nasıl hissediyorsunuz?

☐Kötü/☐orta/☐iyi/☐diğer. . .

Size göre gelir düzeyiniz? ☐Düşük/☐orta /☐yüksek

Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? ☐ E/☐ H Evetse yaptığınız iş...

Ailenizin aylık geliri aşağıdaki aralıklardan hangisine uymaktadır?

- a. 1000TL den az b. 1001-3000TL c. 3001-5000TL
d. 5000TL den fazla

Cinsel Deneyimler Anketi — Mağduriyet Versiyonu

Aşağıdaki sayfalarda 14 yaşından sonraki cinsel deneyimler üzerine sorular bulunmaktadır.

1	Hiç, bir erkeğin devamlı konuşma ve baskısından bunaldığınız için istemediğiniz halde (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) bir seks oyununa boyun eğdiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır
---	---	--

Cevabınız **Hayır** ise 2. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

1a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2
3 4 5 veya fazla

1b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylül)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

2	Hiç, otoriter pozisyonunu kullandığı için istemediğiniz halde bir erkeğin (patron, öğretmen, kamp sorumlusu, danışman gibi) bir seks oyunu (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) başınızdan geçti mi?	☐ Evet ☐ Hayır
---	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 3. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

2a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla

2b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylül)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

3	Hiç, belli ölçüde fiziksel şiddet uyguladığı veya tehdit ettiği için (kolunuzu bükerek, sizi zapt ederek vb gibi) istemediğiniz halde bir seks oyunu (okşama, öpme, bir cinsel ilişki olmadan sevişme gibi) başınızdan geçti mi?	☐ Evet ☐ Hayır
---	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 4. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

3a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla

3b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylül)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

4	Hiç, belli ölçüde fiziksel şiddet uyguladığı veya tehdit ettiği için (kolunuzu bükerek, sizi zapt ederek vb gibi) istemediğiniz halde, bir erkeğin sizinle cinsel ilişkiye (üzerinize çıkarak, penisi sokmaya çalışarak) girmeye çalıştığı ancak cinsel ilişkinin gerçekleşmediği oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
---	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 5. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

- 4a.** Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla
- 4b.** Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

5	Hiç, size alkol veya uyuşturucu vererek istemediğiniz halde, bir erkeğin sizinle cinsel ilişkiye girmeye (üzerinize çıkarak, penisi sokmaya çalışarak) çalıştığı ancak cinsel ilişkinin gerçekleşmediği oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
---	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 6. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

- 5a.** Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla
- 5b.** Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

6	Hiç, bir erkekle devamlı sözlü sataşmaları ve baskısı yüzünden istemediğiniz halde cinsel ilişkiye girdiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır
---	---	--

Cevabınız **Hayır** ise 7. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

- 6a.** Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla
- 6b.** Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

7	Hiç, bir erkek otoriter pozisyonunu(patron, öğretmen, kamp sorumlusu, danışman gibi) kullandığı için istemediğiniz halde sizinle cinsel ilişkiye girdi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
---	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 8. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

7a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla

7b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

8	Hiç, bir erkek size alkol veya uyuşturucu vererek istemediğiniz halde sizinle cinsel ilişkiye girdi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
----------	---	--

Cevabınız **Hayır** ise 9. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

8a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla

8b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

9	Hiç, bir erkek belli ölçüde fiziksel şiddet uygulayarak (kolunuzu bükerek, sizi zapt ederek vb gibi) veya tehdit ederek istemediğiniz halde sizinle cinsel ilişkiye girdi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
----------	---	--

Cevabınız **Hayır** ise 10. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

9a. Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla

9b. Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylülle)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

10	Hiç, bir erkek belli ölçüde fiziksel şiddet uygulayarak (kolunuzu bükerek, sizi zapt ederek vb gibi) veya tehdit ederek istemediğiniz halde, sizinle cinsel bir davranışta (penis dışında bir nesneyle anal, oral yoldan veya bir temasla) bulundu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
-----------	--	--

Cevabınız **Hayır** ise 11. soruya geçin.

Cevabınız **Evet** ise:

- 10a.** Yaklaşık kaç kez oldu (14 yaşınızdan beri)? 1 2 3
4 5 veya fazla
- 10b.** Son öğretim yılında kaç kez (Eylülden Eylül'e)? 0 1 2 3
4 5 veya fazla

11	1-10 numaralı soruların herhangi birisine “Evet” cevabı verdiniz mi ?	☐ Evet ☐ Hayır
-----------	---	--

Cevabınız **Evet** ise:

11a. Bu bölümdeki 1’den 10. soruya kadar tekrar bakın. En yüksek puanı “Evet” dediğiniz hangi soruya vermişsiniz ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk
yaratmadı
☐

Oldukça zorluk
yarattı
☐

Çok zorluk
yarattı
☐

Aşırı derecede
zorluk yarattı
☐

Anketimiz burada bitti. TEŞEKKÜR EDERİZ.

Anket hakkındaki görüş ve düşüncelerinizi buraya yazabilirsiniz.