

BİR PSİKİYATRİK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN EVLİ KADIN HASTALARDA ÂİLE İÇİ ŞİDDET, EVLİLİK SORUNLARI, BAŞVURU YAKINMASI ve PSİKİYATRİK TANI

GİRİŞ

Şiddet kavramının algılanmasındaki toplumsal, bireysel ve kültürel farklılıklar nedeniyle aile içi şiddetin yaygınlığı ve büyüklüğünün saptanması güçtür. “Şiddet” kelimesi genel anlamda, aşırı bir duygudurumunu, bir olgunun yoğunluğunu, sertliğini, kaba ve sert davranışı nitelendirmekte, başka bir insana veya gruba baskı uygulamak amacıyla yapılan davranışları kapsadığı ileri sürülmektedir. Şiddet, hayatın her alanında duygusal, sözel, fiziksel, cinsel, siyasal ve daha bir çok boyutta karşımıza çıkmaktadır. Şiddetin karmaşık yapısı dolayısıyla târif edilmesi, sebeplerinin araştırılması ve önlenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesinde zorluklar yaşanmaktadır (Rosenberg 1992). Şiddetin bir türü olarak “aile içi şiddet” ile kastedilen, kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde, zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke-gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen her türlü şiddet davranışıdır. Aile içi şiddet yinelenen bir süreçtir ve ilişki devam ettikçe tırmanış gösterir (Heise 1993).

Şiddet denildiğinde ilk akla gelen fiziksel şiddettir. Oysaki, fiziksel olmayan diğer

Gamze Akyüz*, Nesim Kuğu*, Orhan Doğan**, Levent Özdemir***

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda, sosyodemografik ve klinik bazı özelliklerle aile içi şiddet arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 300 evli kadın hasta alındı. Psikiyatrik değerlendirme sonrası hastalara bölümümüzce oluşturulan “sosyodemografik bilgi formu” ve “aile içi şiddet soru formu” uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 16-59 yaşları arasındaki evli kadınlar alındı. 15-34 yaş grubundaki kadınlarda cinsel şiddete mâruz kalma oranı yüksek ($\chi^2=7.5$, $p=0.02$), fiziksel şiddete mâruz kalma oranı düşüktü ($\chi^2=14.0$, $p=0.00$). Eşinin eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda sırasıyla sözel, cinsel ve duygusal şiddete mâruz kalma oranı yüksek olup (sırasıyla $\chi^2=8.2$, $p=0.01$; $\chi^2=17.2$, $p=0.00$; $\chi^2=12.5$, $p=0.00$), yüksek okul mezunu olan kadınlarda ise sözel şiddete mâruz kalma oranı yüksek ($\chi^2=11.4$, $p=0.00$), duygusal ve cinsel şiddete mâruz kalma oranı ise düşüktü (sırasıyla $\chi^2=12.5$, $p=0.00$; $\chi^2=13.9$, $p=0.00$). Ekonomik düzeyi yüksek olan âilelerde kadının sözel şiddete mâruz kalma oranı yüksek iken ($\chi^2=13.4$, $p=0.00$), duygusal ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı düşüktü (sırasıyla $\chi^2=38.6$, $p=0.00$; $\chi^2=13.7$, $p=0.00$). Çalışma izni verilmeyen kadınlarda cinsel ve duygusal şiddete mâruz kalma oranı yüksekti (sırasıyla $\chi^2=8.9$, $p=0.00$; $\chi^2=4.5$, $p=0.03$). Evliliğinden memnun olmayanlarda sırasıyla sözel, cinsel, duygusal ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı yüksekti (sırasıyla $\chi^2=44.0$, $p=0.00$; $\chi^2=40.0$, $p=0.00$, $\chi^2=24.8$, $p=0.00$; $\chi^2=16.3$, $p=0.00$). Somatik semptomları olan kadınlarda sırasıyla cinsel, duygusal, sözel ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı yüksek iken (sırasıyla $\chi^2=26.0$, $p=0.00$; $\chi^2=16.5$, $p=0.00$; $\chi^2=15.4$, $p=0.00$; $\chi^2=18.3$, $p=0.00$), anksiyete bozukluğu olanlarda duygusal ve ekonomik şiddete mâruz kalma oranı yüksekti (sırasıyla $\chi^2=23.6$, $p=0.00$; $\chi^2=24.1$, $p=0.00$). Depresyon tanısı alanlarda cinsel şiddete ($\chi^2=10.4$, $p=0.00$), psikotik bozukluk tanısı alanlarda ise fiziksel şiddete mâruz kalma oranı yine yüksek bulundu ($\chi^2=22.9$, $p=0.00$).

Tartışma: Bu çalışmada kadının yaşı, eşinin eğitim düzeyi, âilenin ekonomik durumu, evlilik memnuniyeti gibi etkenlerle aile içi şiddete mâruz kalma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Özellikle depresif, somatik ve anksiyöz yakınmalarla karşılaşan hekimin, bu yakınmaların altında aile içi şiddetin olabileceğini düşünmesi, konuyla ilgili sosyal ve hukukî desteğin sağlanmasına yardımcı olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kadın, aile içi şiddet, psikiyatrik hasta

DOMESTIC VIOLENCE, MARRIAGE PROBLEMS, REFERRAL COMPLAINTS AND PSYCHIATRIC DIAGNOSIS OF THE MARRIED WOMEN ADMITTED TO A PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to search the relationship of certain sociodemographic and clinic characteristics with intra-family violence in married female patients admitted to our outpatient clinics.

Method: 300 married female patients were included in the study recruited from the outpatient psychiatry clinics in Cumhuriyet University's Faculty of Medicine. After the psychi-

* Yrd. Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas. / (0346) 2191010-2113 / aakyuz@cumhuriyet.edu.tr

** Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas.

*** Uzm. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.

şiddet biçimleri de, son derece yaygın ve sistematik bir biçimde uygulanmaktadır. Diğer şiddet türleri de en az fiziksel şiddet kadar kısa ve uzun vâdeli yaralar bırakmaktadır. Ayrıca, fiziksel olmayan şiddet belli bir sürecin sonunda genellikle fiziksel şiddete yol açmaktadır. **Fiziksel şiddet**, kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. **Duygusal şiddet** ise, duyguların ve duygusal ihtiyaçların, şiddetin tanımında sayılan amaçlarla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Örneğin, sevgi, şefkat ve destek gibi duygusal ihtiyaçların ihmâl edilmesini, kadını arkadaşları ve âile bireyleri arasında sürekli aşağılamayı ve küçük düşürücü davranışlarda bulunmayı içerir. **Sözel şiddet**, söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Güvenini sarsmak ve kadını yaralamak amacıyla “şişman”, “aptal”, “çirkin”, “sakar” gibi lâkaplar takarak alay etmeyi içerir. Ekonomik şiddet, kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır. Kısıtlı harçlık vermek, iş yaşantısını engellemek, çalışmayı reddedip kadının gelirini harcamak vb. şeklinde görülür. **Cinsel şiddet** ise cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (Güneri 1996).

Tarihsel süreç boyunca kadına yönelik şiddet hemen her toplumda görülmüştür ve insanlık tarihi kadar eskidir. Fakat bu konu ile ilgili araştırma ve incelemeler yakın tarihlerde ortaya çıkmıştır. Viyana İnsan Hakları Konferansı ve 4. Dünya Konferansı'nda öncelikli olarak ele alınan konulardan biri “kadına yönelik şiddet” olmuştur. Bu konferanslarda “kadına yönelik şiddet dünyadaki en yaygın ama en az tanımlanmış insan hakları suistimali” olarak tanımlanmıştır (UNFPA 1997).

Şiddete mâruz kalan kadınlar sakat kalma derecesine varabilen yaralanmalar nedeniyle kısa dönemde âcil servise, uzun dönemde ise kâbuslar, uykusuzluk, panik ve öfke patlamaları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurmaktadırlar (Rosenberg 1997).

atric evaluation, patients were informed and following their agreement, the “sociodemographic knowledge form” and the “domestic violence form” constituted by our department were applied.

Results: The patients included in the study were married females between ages 16 to 59. For the women between ages 15 and 34, the rate of exposure to sexual violence was high ($\chi^2=7.5$, $p=0.02$), and the rate of exposure to physical violence was low ($\chi^2=14.0$, $p=0.00$). For the patients whose partners were undereducated, exposure to verbal, sexual and emotional violence was high ($\chi^2=8.2$, $p=0.01$; $\chi^2=17.2$, $p=0.00$; $\chi^2=12.5$, $p=0.00$, respectively), whereas in patients graduated from high school the subjection to verbal violence was high ($\chi^2=11.4$, $p=0.00$), and subjection to emotional and sexual violence was low ($\chi^2=12.5$, $p=0.00$, $\chi^2=13.9$, $p=0.00$). In families with high economic status, the patients' rate of exposure to verbal violence was high ($\chi^2=13.4$, $p=0.00$), while the rate of exposure to emotional and physical violence was low ($\chi^2=38.6$, $p=0.00$, $\chi^2=13.7$, $p=0.00$). In women who were not allowed to work in a job, the rate of subjection to sexual and emotional violence was high ($\chi^2=8.9$, $p=0.00$; $\chi^2=4.5$, $p=0.03$, respectively). For those who were not satisfied with their marriage, the rate of exposure to verbal, sexual, emotional and physical violence was high ($\chi^2=44.0$, $p=0.00$; $\chi^2=40.0$, $p=0.00$; $\chi^2=24.8$, $p=0.00$; $\chi^2=16.3$, $p=0.00$, respectively). The rate of exposure to sexual, emotional, verbal and physical violence was high ($\chi^2=26.0$, $p=0.00$; $\chi^2=16.5$, $p=0.00$; $\chi^2=15.4$, $p=0.00$; $\chi^2=18.3$, $p=0.00$, respectively) in females with somatic symptoms whereas the rate of exposure to emotional and economic violence was high ($\chi^2=23.6$, $p=0.00$; $\chi^2=24.1$, $p=0.00$, respectively) in those with anxiety disorder. The rate of exposure to sexual violence ($\chi^2=10.4$, $p=0.00$) in patients diagnosed to be depressed and the rate of exposure to physical violence ($\chi^2=22.9$, $p=0.00$) in patients with psychotic disorder were also found to be high.

Discussion: In this study, a significant correlation was found between the variables like the age of the woman, partner's educational level, economic status of the family and satisfaction with the marriage, and exposure to domestic violence.

Conclusion: It is necessary that the doctors, encountering especially the depressive, somatic and anxiety disorders, should be aware of the probable domestic violence responsible from the symptoms, and encourage the patient to talk about, to be informed and supported about the domestic violence and help to provide social and legal base.

Keywords: woman, domestic violence, psychiatric patient

Bu duruma rağmen sağlık personeli, özellikle hekimler bilgi ve eğitim eksikliği, toplumsal yanlış inanışlar ve şiddet kurbanlarına yönelik koruma, sığınma ve tedavi kaynaklarının eksikliği gibi nedenlerle birçok olguyu gözden kaçırmakta, yanlış tanı koymakta, tanı koysa bile medikal tedavi dışında yapılanlar sınırlı kalmaktadır (Garimella 2000). Biz, bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda âile içi şiddet, sosyodemografik özellikler, ilk başvuru semptomu ve psikiyatrik tanı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya 01/06/2000 ilâ 01/11/2000 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 321 evli kadın hasta alındı. Bunlardan 21'i (%6.54) çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Psikiyatrik değerlendirme iki ayrı psikiyatri uzmanı tarafından farklı zamanlarda yapıldı ve psikiyatrik tanı için DSM-IV tanı kriterleri esas alındı. Psikiyatrik değerlendirme sonrası hastalardan aydınlatılmış onam alındı ve ayrı bir psikiyatri uzmanı tarafından bölümümüzce oluşturulan “sosyodemografik bilgi formu” ve “âile içi şiddet soru formu” uygulandı. Sosyodemografik bilgi formu, çalışmaya alınan olguların yaş, meslek, eğitim, ekonomik durum gibi özelliklerini içeriyordu. Âile içi şiddet soru formu ise, ev-

Tablo 1: Olgulara âit sosyodemografik veriler

Özellik	sayı (n)	%
Yaş		
15-34 yaş	124	41.3
35-44 yaş	160	53.4
55+ yaş	16	5.3
Evlenme yaşı		
15-20 yaş arasında	212	70.7
20-25 yaş arasında	52	17.3
25 yaş üzerinde	36	12.0
Meslek		
Ev kadını	252	84.0
Çalışıyor	48	16.0
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	32	10.7
İlköğretim mezunu	216	72.0
Lise mezunu	36	12.0
Yüksek okul mezunu	16	5.3
Eşin eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	4	1.3
İlköğretim mezunu	125	41.7
Lise mezunu	108	36.0
Yüksek okul mezunu	63	21.0
Ekonomik durum		
Düşük	114	39.0
Orta	152	50.7
Yüksek	34	10.3
Evlilikten memnuniyet		
Memnun	224	74.7
Memnun değil	76	25.3
Çalışmaya eş onayı		
Var	52	17.3
Yok	248	82.7

lilik öyküsü ile ilgili özellikler ve fiziksel, duygusal, ekonomik, sözel ve cinsel şiddetin varlığını sorgulayan sorular içeriyordu.

Çalışmadan elde edilen veriler, SPSS istatistik paket programında değerlendirildi. Elde edilen verilerin frekansları alındı ve ki-kare testi uygulandı.

BULGULAR

1. SOSYODEMOGRAFIK VERİLER

A. KİMLİK BİLGİLERİYLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Çalışmaya 16-59 yaşları arasındaki evli kadın hastalar dâhil edildi. Olguların yaş ortalamaları 34.0 ± 9.8 idi. Olgulara âit kimlik bilgileri ile ilgili veriler Tablo 1'de verilmiştir.

B. EVLİLİK ÖYKÜSÜYLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Olguların 212'si (%70.7) 15-20 yaş arasında, 52'si (%17.3) 20-25 yaş arasında ve 36'sı ise (%12.0) 25 yaşın üzerinde evlenmişti. Olguların eşlerinin eğitimi

incelendiğinde, 125'inin (%41.7) ilköğretim mezunu, 108'inin (%36.0) lise mezunu, 63'ünün (%21.0) lise mezunu olduğu ve 4'ünün ise (%1.3) okuryazar olmadığı saptandı. Olguların 224'ü (%74.7) evliliklerinden memnun olduklarını, 76'sı ise (%25.3) memnun olmadıklarını bildirdi. Yine olguların büyük çoğunluğu (n=248, %82.7), eşlerinin, çalışmalarına onay vermediğini bildirdi.

2. AİLE İÇİ ŞİDDET ÖYKÜSÜ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Olgulara ait aile içi şiddet öyküsü ile ilgili özellikler Tablo 2'de verilmiştir.

3. KLİNİK ÖZELLİKLER

Olgulara âit başvuru semptomları incelendiğinde, en sık olarak somatik semptomlar ile başvuru olduğu (n=92, %30.7) ve bunu sırasıyla anksiyete (n=72, %24.0), depresif (n=68, %22.7) ve cinsel (n=12, %3.9) semptomların izlediği görülmektedir. 56 olguda ise (%18.7) birden çok başvuru semptomu vardı.

Olgulara ait psikiyatrik tanı ile ilgili özellikler Tablo 3'de verilmiştir.

4. SOSYODEMOGRAFIK VERİLERLE AİLE İÇİ ŞİDDET İLİŞKİSİ

Olguların yaşı ile aile içi şiddet ilişkisi incelendiğinde, 15-34 yaş grubundaki kadınlarda cinsel şiddet

Tablo 2: Olgulara âit aile içi şiddet öyküsü ile ilgili özellikler

Özellik	sayı (n)	%
Cinsel şiddet		
Var	92	30.7
Yok	208	69.3
Duygusal şiddet		
Var	108	36.0
Yok	192	64.0
Ekonomik şiddet		
Var	96	32.0
Yok	204	68.0
Fiziksel şiddet		
Var	171	57.0
Yok	129	43.0
Sözel şiddet		
Var	88	29.3
Yok	212	70.7
Kendi âilesinde şiddet		
Var	76	25.3
Yok	224	74.7
Eşinin âilesinde şiddet		
Var	88	29.3
Yok	212	70.7

Tablo 2: Olgulara âit psikiyatrik tanı ile ilgili özellikler

Psikiyatrik tanı	sayı (n)	%
Anksiyete Bozuklukları*	92	30.7
Somatoform Bozukluklar†	56	18.6
Depresif Bozukluk	88	29.3
Psikotik Bozukluklar‡	8	2.7
Diğer§	56	18.7

*Bu grubun 22'sini (%23.1) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 26'sını (%29.2) Panik Bozukluğu, 14'ünü (%16.3) Sosyal Anksiyete Bozukluğu, 16'sını (%18.3) Obsesif Kompulsif Bozukluk ve 12'sini (%13.1) Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu oluşturmaktadır.

†Bu grubun 24'ünü (%43.8) Konversiyon Bozukluğu, 8'ini (%15.2) Hipokondriyazis, 9'unu (%17.0) Ağrı Bozukluğu, 5'ini (%8.8) Somatizasyon Bozukluğu ve 8'ini (%15.2) Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk oluşturmaktadır.

‡Bu grubun 4'ünü (%50.0) Bipolar Duygudurum Bozukluğu, 3'ünü (%37.5) Şizofreni ve 1'ini (%12.5) Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk oluşturmaktadır.

§Bu grubun 27'sini (%48.3) Uyum Bozukluğu, 18'ini (%30.3) kişilik bozuklukları, 4'ünü (%8.2) yeme bozuklukları, 3'ünü (% 5.0) cinsel işlev bozuklukları ve 4'ünü (%8.2) uyku bozuklukları oluşturmaktadır.

te mâruz kalma oranı yüksek ($x^2=7.5$, $p=0.02$) iken, fiziksel şiddete mâruz kalma oranı düşük ($x^2=14.0$, $p=0.00$) bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile âile içi şiddet ilişkisi incelendiğinde, eşinin eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda sözel ($x^2=8.2$, $p=0.01$), cinsel ($x^2=17.2$, $p=0.00$) ve duygusal şiddete ($x^2=12.5$, $p=0.00$) mâruz kalma oranı yüksek olup, yüksekokul mezunu kadınlarda ise sözel şiddete ($x^2=11.4$, $p=0.00$) mâruz kalma oranı yüksek, duygusal ($x^2=12.5$, $p=0.00$) ve cinsel şiddete ($x^2=13.9$, $p=0.00$) mâruz kalma oranı düşük bulunmuştur.

Ekonomik durum ile âile içi şiddet ilişkisine bakıldığında, ekonomik düzeyi yüksek olan olgularda sözel şiddete mâruz kalma oranı yüksek iken ($x^2=13.4$, $p=0.00$), duygusal ($x^2=38.6$, $p=0.00$) ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı ($x^2=13.7$, $p=0.00$) düşük bulunmuştur. Çalışma izni verilmeyen kadınlarda cinsel ($x^2=8.9$, $p=0.00$) ve duygusal şiddete mâruz kalma oranı ($x^2=4.5$, $p=0.03$) yüksektir.

5. EVLİLİK ÖYKÜSÜ İLE ÂİLE İÇİ ŞİDDET ARASINDAKİ İLİŞKİ

Evliliğinden memnun olmadığını ifâde eden olgularda evliliğinden memnun olduğunu ifâde eden olgulara göre sırasıyla sözel, cinsel, duygusal ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($x^2=44.0$, $p=0.00$; $x^2=40.0$, $p=0.00$; $x^2=24.8$, $p=0.00$; $x^2=16.3$, $p=0.00$).

6. KLİNİK ÖZELLİKLERLE ÂİLE İÇİ ŞİDDET ARASINDAKİ İLİŞKİ

Olguların başvuru semptomu ve konulan psikiyatrik tanı ile âile içi şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon tanısı alanlarda ve cinsel semptomlarla başvuranlarda cinsel şiddete mâruz kalma oranı

($x^2=10.4$ $p=0.00$; $x^2=14.0$, $p=0.00$), psikotik bozukluk tanısı alanlarda ise fiziksel şiddete mâruz kalma oranı yüksek olarak ($x^2=22.9$, $p=0.00$) bulunmuştur.

Somatik semptomları olanlarda cinsel ($x^2=26.0$, $p=0.00$) duygusal ($x^2=16.5$ $p=0.00$), sözel ($x^2=15.4$, $p=0.00$) ve fiziksel şiddete ($x^2=18.3$, $p=0.00$); anksiyete bozukluğu olanlarda ise duygusal ($x^2=18.3$, $p=0.00$) ve ekonomik şiddete ($x^2=24.1$, $p=0.00$) mâruz kalma oranı daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Âile içi şiddet yaygın olduğu ölçüde gizli kalan toplumsal bir olaydır. Bireyi fiziksel ve ruhsal yönden örseleyen bu yaşantılar, gizli kaldığı oranda etkilenme düzeyi hakkında bilgi sahibi olmamız güçtür. Âile içi şiddet genellikle ciddi yaralanmalar olunca tesbit edilmekte, sürekli istismar durumunda genellikle bilinmemektedir. Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınların %98'i hekim tarafından sorgulanmadıkça âile içi şiddetten söz etmemiş ve konu açıldığında ise gizleme veya sınırlı bilgi vermeyi tercih etmiştir. Her ne kadar, bu gizleme çabası, araştırmanın yapıldığı Sivas ilinin yarı-kırsal sosyokültürel yapısıyla ilişkili gibi gözükse de, ülkemizde değişik illerde yapılan çalışmalarda da bu gizleme eğiliminin varlığı saptanmıştır (Çiçeklioğlu 1996, Kurçer 1999). Bu çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun erken yaşta, görücü usulüyle evlenmiş olması, destek sistemlerinin zayıf ve yaklaşık yarısına yakınının eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, ekonomik yönden tam bağımlı, eşi tarafından desteğe, korunmaya ihtiyacı olan ev kadınları olması, kentsel olmaktan ziyade yarı-kırsal sosyokültürel bir yapı içinde olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla, bu özelliklerin örselemeye karşı duyarlılıklarını artırıcı bir işlev gördüğü söylenebilir (Sarımurat 1993).

Âile içi şiddete mâruz kalan kadınlarda durumla ilişkili gerçek korkular ve beklenti korkularının oluştuğu ve bunun sonucunda kadının durumunun umutsuz olduğuna inanmasıyla kendisine şiddet uygulayan eşine daha çok bağlandığı bildirilmiştir. Şiddete uğrayan kadın kısa vâdede şiddete karşı baş etme stratejileri geliştirmeye çalışsa da, uzun vâdede umutsuzluğun etkisiyle tıpkı savaşılan askerlerde görüldüğü gibi 'tükenmişlik semptomları' geliştirmeye başlamaktadır (Mega 2000).

Âile içi şiddet, tüm dünyada önemli bir sorundur. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %20 ilâ %50'si eşlerinin fiziksel şiddetlerinin kurbanıdır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) bir ulusal araştırmada, yaşamlarında en az bir kez eşleri tarafından dövülen kadınların oranı %21-30 olarak tahmin edilmektedir (UNFPA 1997). Kolombiya'da kadınların %19'u eşleri tarafından dövülmektedir ve her 3 kadından birisi de duygusal veya sözel olarak kötü davranışlara mâruz kalmaktadır. Papua Yeni Gine'de kırsal bölge-

de yaşayan kadınların %67'si, kentsel bölgede yaşayan kadınların %56'sı fiziksel şiddete mâruz kalmaktadırlar. Norveç'te jinekoloji hastalarının %25'inin eşleri tarafından fiziksel veya cinsel şiddete mâruz bırakıldıkları tesbit edilmiştir. Kenya'nın bir şehrinde yapılan bir araştırmada, kadınların %42'si eşleri tarafından düzenli olarak dövüldüklerini bildirmişlerdir. Santiago'da her beş kadından dördü, erkek akrabaları veya eşleri tarafından en az bir kez fiziksel, duygusal veya cinsel şiddete mâruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (WHO-FRH-WHD 1997). Nikaragua'da 1999 yılında yapılan bir çalışmada, 15-49 yaş arasındaki 488 evli kadında âile içi şiddetin yaşam boyu yaygınlığı %52 olarak bulunmuştur (Ellsberg 1999).

Ülkemizde, endüstrileşmiş Batı toplumlarındaki boyutlarda olmasa da, âile içi şiddet, günümüzde önemli bir sorundur. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Âile Araştırma Kurumu'nun (TCBAAK) araştırmasında (1994), âilelerin %34'ünde fiziksel şiddet, %53'ünde sözel şiddet olduğu ve çocukların da %46'sının fiziksel şiddete mâruz kaldıkları saptanmıştır. Kırsal alanda yapılmış bir çalışmada, kadınların %55'inin sözel, %18'inin de fiziksel şiddete mâruz kaldığı saptanmıştır (Kaya 2000). Tıp öğrencilerinin âilelerinde şiddet yaygınlığını araştıran bir başka çalışmada ise, âile içi şiddet oranı %68.3 olarak bulunmuş ve âile içi şiddetin Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde daha yüksek olmakla birlikte, Türkiye'nin genel bir sorunu olduğu görüşü öne sürülmüştür (Gülşen 2000). Bu çalışmada en sık bulduğumuz âile içi şiddet türü, %57.0 (n=171) ile, fiziksel şiddet idi. Bunu, sırasıyla, %36.0 ile (n=108) duygusal şiddet, %32.0 ile (n=96) ekonomik şiddet, %30.7 ile (n=92) cinsel şiddet ve %29.3 ile (n=88) sözel şiddet izlemektedir. Bu çalışmada fiziksel şiddet ve diğer şiddet türleri sözel şiddetten daha yüksek orandadır oysa ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık âile içi şiddet türü sözel şiddet olarak bulunmuştur (Gülşen 2000). Bunun nedeni, diğer çalışmaların aksine, araştırma örneklemimizin psikiyatrik hasta grubundan oluşması ve araştırmanın yapıldığı ilin sosyokültürel özellikleri olabilir.

Evli kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi ile âile içi şiddet arasında ilişki saptamayan çalışmalar olduğu gibi (Kurçer 1999, Gülşen 2000), bir ilişki saptayan çalışmalar da vardır (İçli 1995). Bu çalışmada eşlerinin eğitim düzeyi düşük olan kadınların sözel, cinsel ve duygusal şiddete daha çok mâruz kaldıkları tesbit edilmiştir. Yüksek okul mezunu olan kadınların ise sözel şiddete mâruz kalma dışında diğer âile içi şiddet türlerine daha az sıklıkta mâruz kaldıkları bulunmuştur. Dolayısıyla, bu bulgular, evli kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyinin düşmesiyle âile içi şiddete mâruz kalma sıklığında artış olduğu yönündeki araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir. İki ayrı çalışmada âilenin gelir düzeyi düştükçe evde kadına yönelik şiddetin arttığı yönünde bulgular elde

edilmiştir (Gülşen 2000, İçli 1995).

TCBAAK'nin araştırmasında (1994), hem erkeğin hem de kadının düzenli bir işte çalışıyor olmasının âile içi şiddete karşı koruyucu bir rol oynadığı, kadının ekonomik bağımsızlığını elde etmiş olmasının şiddetin azalmasına katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, eşi tarafından kendisine çalışma izni verilmeyen kadınlarda cinsel ve duygusal şiddete mâruz kalma sıklığının arttığı, âilenin ekonomik durumu yükseldikçe sözel şiddet dışında diğer âile içi şiddet türlerinin azaldığı bulunmuştur ki bu bulgular, âilenin ekonomik durumu ve kadınların çalışma durumuyla âile içi şiddet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Evlilik sorunları olan kadınların âile içi şiddete daha sık mâruz kalmakta olduğu bilinmektedir (Rosenberg 1997, Harley 2000, Savrun 1999, Büyükberber 1972, Özügurlu 1990). Bu çalışmada, evliliğinden memnun olmayan kadınlarda sözel, cinsel, duygusal ve fiziksel şiddete mâruz kalma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu bulgu, evlilikten memnuniyetin âile içi şiddetle bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Âile içi şiddet tüm toplum kesimlerinde görülen, bunun yanında psikiyatrik hasta kitlesi içinde de karşılaşılan bir olgudur. Âile içi şiddet kurbanlarında birçok ruhsal belirti ve bozukluk oluşabilmektedir. Bu uygulamalara mâruz kalan kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilâç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır. Bunun yanında uyku bozuklukları, isteksizlik, irritabilite sık görülür. Özellikle küçük yaşta evlenen ve bu dönemlerde şiddete mâruz kalan kadınlarda daha belirgin olmak üzere, Somatizasyon Bozukluğu, Hipokondriya-zis, Ağrı Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu gibi yeterli tıbbî açıklamanın getirilemediği fiziksel belirtilerle kendini gösteren ruhsal bozukluklar, psikosomatik bozukluklar, Distimik Bozukluk, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar gibi karmaşık ruhsal durumlar ortaya çıkabilmektedir (Kaya 2000). Kadın psikiyatri hastalarının %50'sinde şiddete mâruz kalma öyküsü vardır ve kadınlardaki intihar girişimlerinin % 25'inde dayak öyküsü söz konusudur (Noel 1992).

Bu çalışmada, depresyon tanısı alan kadınlarda cinsel şiddete mâruz kalma oranı yüksek olarak tesbit edilmiştir. Somatik yakınmaları olan kadınlarda âile içi şiddetin birden çok türü (cinsel, duygusal, sözel ve fiziksel şiddet), anksiyete bozukluğu olanlarda ise duygusal ve ekonomik şiddete mâruz kalma yüksek oranda bulunmuştur. Kadınlarda âile içi şiddetin en olumsuz ve en yaygın ruhsal sonucu depresyondur. Depresyon tanısı alan 82 evli kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, âile içi şiddete mâruz kalmanın yaşam boyu yaygınlığı %61, cinsel şiddete mâruz kalmanın

yaşam boyu yaygınlığı ise %29.3 olarak bildirilmiştir. Aile içi şiddete mâruz kalma öyküsü olan depresyonlu kadınlarda, böyle bir öyküsü olmayan depresyonlu kadınlara nazaran baş ağrıları, kronik ağrı, uyku sorunları ve kâbuslar anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (Dienemann 2000). ABD’de son zamanlarda yapılan bir çalışmada, 18-44 yaşları arasında olan ve hastâneye yatarak tedavi gören kadınlarda aile içi şiddet araştırılmış, şiddete mâruz kalan kadınların psikiyatrik tanı alma ve intihar girişiminde bulunma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kernic 2000). Başka bir çalışmada ise evlilik sorunları nedeniyle şiddete mâruz kalan kadınlar sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve şiddet öyküsü bulunan kadınlarda daha çok psikopatolojik bulgu tesbit edilmiştir. Aynı çalışmada, şiddete mâruz kalan kadınların en sık aldıkları tanı depresyon olarak bulunmuştur (Cascardi 1995).

Hekimlerin çoğu aile içi şiddet konusunda yeterince eğitilmemiştir. Şiddete mâruz kalan kadınlar genellikle organik temeli yok gibi görünen yakınmalarla başvurmakta ve kayıtlar incelendiğinde kötü davranışlara mâruz kalmayan kadınlara kıyasla daha sıklıkla “nevrotik”, “histerik”, “hipokondriyak” gibi sıfatlarla etiketlendirilmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmanın verilerine göre, hekimler şiddete mâruz kalan kişinin hayatına müdahale etmekten çekinmekte, bu konu açılırsa yetersiz kalacaklarından korkmakta ve konunun çok karmaşık olmasına karşın, ellerinde çözüme yarayacak bir çâre olmadığından söz etmekte, kendilerini güçsüz hissetmektedirler (Sugg 1992). Sağlık personelinin bu konudaki yaklaşımının yetersizliği eğitim eksikliği, yanlış bilgilendirilme, sağlık hizmet modeli ve cinsel ayrımcılık nedenleriyle ortaya çıkabilir (Moss 1991). Gene ABD’de son zamanlarda yapılan diğer bir çalışmada aile içi şiddetin kurbanı olan kadınlara karşı hekim tutumları değerlendirilmiştir; çalışmaya katılan hekimlerin %97’si aile içi şiddetin kurbanı olan kadınlara yardım etme konusunda sorumlulukları olduğunu kabûl ederken, %30’u bu durumdaki kadınlara karşı suçlayıcı bir tavır sergilemişlerdir. Hekimlerin %70’i ise aile içi şiddete mâruz kalan kadınlara yardım etme olanaklarının bulunmadığı yönünde kötümser inançlarını bildirmişlerdir (Garimella 2000).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, yarı-kırsal bir bölgenin üniversite hastânesi psikiyatri polikliniğine başvuran ardışık 300 evli kadında aile içi şiddetin varlığı sorgulanmıştır. Fiziksel şiddete mâruz kalma %57 iken, duygusal şiddete %36, cinsel şiddete %30.7, ekonomik şiddete %32 ve sözel şiddete mâruz kalma ise %29.3 oranında bulunmuştur. Aile içi şiddete mâruz kalan kadınların %98’i, psikiyatri uzmanı tarafından sorgulanmadıkça, aile içi şiddetten söz etmemiştir. Aile içi şiddete mâ-

ruz kalan kadınların sıklıkla somatik, depresif veya anksiyöz yakınmalarla başvurduğu tesbit edilmiştir.

Aile içi şiddete mâruz kalan kadınların değişik ruhsal yakınmalar nedeniyle psikiyatri bölümüne başvuracağı düşünülürse, psikiyatri uzmanının bu konuda vereceği hizmetin kalitesinin çok önemli olduğu ortaya çıkar. Rutin psikiyatrik muayenenin aile içi şiddetin tanınmasına katkı sağlamayacağı açıktır. Bu nedenle, psikiyatri uzmanlarının psikiyatrik muayene sırasında aile içi şiddeti araştırması, aile içi şiddetin kurbanı olan kadınları bu konuda konuşmaya, danışma ve destek almaya cesaretlendirmesi gerekmektedir. Kendine güvenin tesis edilerek, iş mahkemeye intikâl edecekse hukukî açıdan destek sağlanması gereklidir. Türkiye’de genel olarak aile içi şiddet yaygınlığını ve bölgelere göre hangi şiddet biçimlerinin egemen olduğunu gösteren araştırmaların olmaması, gelecekte bu konuyla ilgili geniş kapsamlı ve yöntem açısından daha gelişmiş araştırmalara ihtiyacımızın olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara, 1995.
- Büyükberber C, Kerimoğlu E. Patolojik karı-koca etkileşimi üzerine bir araştırma. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Marmaris, 1972.
- Cascardi M, O’Leary KD, Lawrence EE, Schlee KA. Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. J Consult Clin Psychol 1995 Aug; 63(4):616-623.
- Çiçeklioğlu M, Saçaklıoğlu F. Kadına yönelik şiddet ve çözüm yolları. Toplum ve Hekim 1996; 11(75-76):97-103.
- Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnich W. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. Issues Ment Health Nurs 2000; 21(5):499-513.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. Am J Public Health 1999; 89(2):241-244.
- Evdeki Terör: Kadına Yönelik Şiddet. Mor Çatı Yayınları, İstanbul. p. 87-92.
- Garimella R, Plichta SB, Houseman C, Garzon L. Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. J Women’s Health Gend Based Med 2000; 9(4):405-411.
- Gülser G, Kaya M, Pehlivan E. Tıp fakültesi öğrencilerinin âilelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. Toplum ve Hekim 2000; 15(5):391-397.
- Harley K. Violence: an epidemic that’s right at home. JOGNN 1993; 22(4):309.
- Heise, L. “Violence Against Women: The Hidden Health Burden”. World Health Statistics Quarterly 1993; 46.
- İçli TG, Ögün A, Özcan N. Ailede kadına karşı şiddet ve kadının suçluluğu. TC Devlet Bakanlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. Ankara. 1995.
- Kaya M, Kaya B. Kadına yönelik şiddet: Pandora’nın kırık kutusu. Sağlık Toplum Siyaset 2000; 3:50-53.
- Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. Am J Public Health 2000; 90(9):1416-1420.

Kurçer MA, Güneş G, Genç M. Malatya'da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ayrı bölgede evli kadınlara yönelik aile içi şiddet ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 1999; 34-37.

Mega LT, Mega JL, Mega BT, Harris BM. Brainwashing and battering fatigue. Psychological abuse in domestic violence. NC Med J 2000; 61(5):260-265.

Moss VA. Battered women and the myth of masochism. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1991 Jul; 29(7):18-23.

Naderson CC. The impact of the changing role of women and women's movement. Paper presented at the North American Seminar on the impact of change on Mental Health and Child and Family Development 1977; 1:7.

ÂİLE İÇİ ŞİDDET SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

A-KİMLİK BİLGİLERİ

Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitimi:

1) İlköğretim

2) Lise

3) Yüksek okul

Ekonomik durumu:

1) Düşük

2) Orta

3) Yüksek

Mesleği:

Âile tipi:

1) Geniş âile

2) Çekirdek âile

3) Parçalanmış âile

B-EVLİLİKLE İLGİLİ BİLGİLER

Evlilik yaşı:

Evlilik tipi:

1) Kaçarak

2) Görücü usûlü

3) Anlaşarak

Eşinin eğitimi:

1) İlköğretim

2) Lise

3) Yüksek okul

Eşinin mesleği:

1) Memur

2) İşçi

3) Serbest

4) İşsiz

Evliliğinizden memnun musunuz?

1) Evet

2) Hayır

ÂİLE İÇİ ŞİDDET FORMU

Ia. Eşiniz sizin sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi ihtiyaçlarınızı göz ardı eder mi ya da tehdit aracı olarak kullanır mı? Evet/Hayır

Ib. Eşiniz sizin inançlarınızı aşağılar mı ya da onlara aykırı davranmaya zorlar mı? Evet/Hayır

Ic. Eşiniz sizi arkadaşlarınız ya da aile bireyleri yanında sürekli olarak aşağılar mı ya da görüşmenizi kısıtlar mı? Evet/Hayır

Id. Eşiniz sizi düzenli olarak evden kovmakla tehdit eder mi? Evet/Hayır

B Tavırlarıyla ya da bakışlarıyla sindirmeye çalışır mı? Evet/Hayır

Ila. Eşiniz söz ve hareketlerini sizi düzenli olarak korkutma ve sindirme aracı olarak kullanır mı? Evet/Hayır

Ilb. Belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söyler mi? Evet/Hayır

Ilc. Size küçük düşürücü lâkaplar takar mı? (örneğin; 'salak', 'aptal', 'kötü bir annesin' gibi) Evet/Hayır

Illa. Eşiniz ekonomik kaynakları ve parayı sizin üzerinizde bir yaptırım ya da tehdit aracı olarak kullanır mı? Evet/Hayır

IIlb. Çalışmanıza izin verir mi? Evet/Hayır

IIlc. Maaşınıza el koyar mı? Evet/Hayır

IIId. Harcığınızı kısıtlar mı? Evet/Hayır

IIle. Kendisi çalışmayı reddedip sizin gelirinizi kısıtlıyor mu? Evet/Hayır

Iva. Eşiniz cinselliği sizi sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanır mı? Evet/Hayır

Ivb. Size cinsel bir eşyâymışsınız gibi davranıyor mu? Evet/Hayır

Ivc. Aşırı kıskançlığı var mı? Evet/Hayır

Ivd. Açıkça başka kadınlara ilgi gösterir mi? Evet/Hayır

Ive. Kabaca cinsel ilişkiye zorlar mı? Evet/Hayır

Va. Eşiniz kaba kuvveti bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanır mı? Evet/Hayır

Vb. Sizi itekler mi? Evet/Hayır

Vc. Tokat atar mı? Evet/Hayır

Vd. Yumruklar mı? Evet/Hayır

Ve. Bıçak, silah gibi âletlerle tehdit eder ya da saldırır mı? Evet/Hayır

-
- Noel NL, Yam M. Domestic violence. The pregnant battered women. Nurs Clin North Am 1992 Dec; 27(4):871-884.
- Özügürü K. Evlilik Raporu. 3. Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul 1990. p. 180-190.
- Rosenberg M, Mercy JA, Violence, Maxcy-Rosenua-Last. Public Health and Preventive Medicine. Appleton and Lange, USA, 1992.
- Rosenberg ML, Fenley MA, Johnson D, Short L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. Acad Med 1997 Jan; 72(1 Suppl):S13-8.
- Sarımurat N. Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlar ve ortak özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi 1993; 30(2):302-308.
- Savrun BM, Balcıoğlu İ. Kentleşme, kadın ve şiddet. Yeni Symposium 1999; 37(1-2):16-22.
- Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence. JAMA 1992; 267.
- UNFPA. The State of World Population 1997. p. 43-44.
- Violence against of women: Family and Reproductive Health. WHO/FRH/WHO, 1997.
- Weissman NM, Klerman GL. Marriage and depression. Arch Gen Psych 1977; 34:98-111.