

EŞ ŞİDDETİ ve AİLE HEKİMLİĞİ

Yeşim İNCECİK¹, Hatice KURDAK², Sevgi ÖZCAN², Ersin AKPINAR³, Esra Saatçı³, Nafiz BOZDEMİR⁴

¹) Arş. Gör. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

²) Yrd. Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

³) Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

⁴) Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

ÖZET

Aile içi şiddet, tüm dünyada yaygın olarak görülen kronik hastalıklar gibi önemli bir sağlık sorunudur ve fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal hasarlara yol açmaktadır. Aile içi şiddetin en sık rastlanan formlarından birisi eş şiddetidir. Eş şiddeti, çoğunlukla erkeğin kadına uyguladığı şiddet şeklinde belgelenmiş olsa da aynı cinsiyetten çiftler arasında ve kadının erkeğe karşı uyguladığı şiddet şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu konuda daha önce yayınladığı raporlarında ağırlıklı olarak kadına yönelik şiddete dikkat çekerken, 2007'deki raporunda özellikle kişiler arası ilişkileri hedef gösterilmiş ve aile içi şiddeti, hem kadın hem erkek açısından ele almanın gerekli ve önemli olduğunu belirtmiştir.

Şiddet kurbanları, genellikle yaşadıklarını kolaylıkla ifade edememektedirler. Bu nedenle, eş şiddeti olgularının saptanarak doğru bir şekilde yönetilmesi, sağlık çalışanlarının temel işlevlerinden birisi olmalıdır. Şiddetin önlenmesi toplumların böyle bir sorunun varlığının farkında olması ile başlar. Bu farkındalığın sağlanması için hekimlerin konunun tüm yönlerine hâkim olmaları ve her iki cinsiyetteki bireyleri şiddet açısından taramaları önemlidir. Hastaların konuşmaktan kaçındıkları bu temadan klinisyenin kaçınmaması ve bilgi sahibi olması tedavi için özel önem taşımaktadır. Ancak böylece, hem erkek hem de kadın ve en önemlisi çocukların sağlıklarının korunması sağlanacaktır.

Anahtar kelimeler: Eş, şiddet, aile hekimliği.

İncecik Y, Kurdak H, Özcan s, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Eş şiddeti ve aile hekimliği. *TJFMPC* 2009;3(1)1-7.

PARTNER VIOLENCE and FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

Domestic violence is a major health problem like other widely prevalent chronic diseases worldwide and it causes physical, emotional, economical and social impairment. Intimate partner violence is the most common form of domestic violence. Even though partner violence has been documented mostly in the form of violence by men against women, it may occur in between same-sex partners or in the form of violence by women against men as well. While the World Health Organization's (WHO) previous reports mainly focus on violence against women, the 2007 report especially focuses on interpersonal relations and noted the importance and necessity of having both men's and women's perspectives.

Victims of violence cannot often easily express what they been through. Therefore, proper identification and management of partner violence should be one of the basic functions of health professionals. Violence prevention starts with the awareness of the community about the problem. Physicians should know all aspects of this issue and screen both genders for violence. Clinicians should not avoid talking about violence of which patients are reluctant to talk. They should have the required knowledge, skills, and attitudes for management of this problem. This will provide health promotion for men, women, and most importantly children.

Key words: Partner, violence, family medicine.

Yazışma adresi:

Hatice Kurdak
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD
01330 Balcalı / Adana
Tel: (322) 3386060 / 3087
Faks: (322) 338 68 55
E-mail: hkurdak@cu.edu.tr

GİRİŞ

Şiddet kelimesi dilimize Arapça'dan geçmiştir. İlk Türkçe'den Türkçe'ye sözlük olan Kamûs-ı Türkî'de "şedi", sert, katı ve şiddetli olarak "şiddet" ise sertlik, sert, katı davranış, kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanmaktadır¹. Türk Dil Kurumu

sözlüğündeki tanımında karşıt tutumda, görüşte olanlara kaba kuvvet uygulama, sert davranma, sertlik, bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, duygu veya davranışta aşırılık şeklinde açıklanmıştır². Şiddetle ilintili olan iki kavram vardır; öfke ve saldırganlık. Öfke ve saldırganlık kavramları genellikle bir arada kullanılır fakat iki ayrı kavramdır³. Öfke duygusu ortaya çıktığı anda, bazı bireyler tepkilerini fiziksel ya da sözlü saldırıda bulunarak ortaya koyarlar. Bazıları ise, öfkelenedikleri zamanlarda edilgen ve dolaylı saldırganlığı tercih ederler ya da geri çekilme davranışı gösterebilirler. Öfke yaşantılarının sonucunda saldırganlığın ortaya çıkması beklenebilir, fakat saldırgan davranış tek seçenek değildir, diğer davranış olasılıkları da bulunmaktadır. Bireyin öfkelenildiği zaman nasıl hareket edeceği; o anda içinde bulunduğu konumu, kültürel normlar, öfkenin şiddeti, benzer durumlarla ilgili daha önce geçirilen yaşantılar, öfke öncesi bireyin içinde bulunduğu durum gibi pek çok etmene bağlı olarak farklılık gösterir⁴.

Saldırganlığın içgüdüsel bir davranış olduğunu öne süren Konrad Lorenz'e göre şiddetin temelinde yer alan saldırganlık güdüsü de değişik biçimlere bürünebilecek bir davranıştır. Saldırganlığı tehlikeli kılan ani ortaya çıkmasıdır. Saldırganlığın temelinde ve gelişiminde hangi tür kişilik özelliklerinin, hangi tür toplumsal ve çevresel etmenlerle etkileşime girdiğini incelemek oldukça güçtür. Ancak bilinen odur ki, diğer tüm insan davranışlarında olduğu gibi, insandaki saldırganlık ve bunun şiddete dönüşmesi, kişinin psikolojik ve toplumsal gelişiminin etkisinde olduğu kadar, nörolojik ve hormonal yapısının etkileşimiyle de ortaya çıkmaktadır^{4,5}.

Tanım

Aile içi şiddet, aile fertlerinden birisinin bir diğer aile ferdinin doğuştan varolan maddi ve manevi değerlerine karşı kabul edilmeyen ve istenmeyen müdahalesidir. Eş şiddeti, yakın eş ilişkisindeki bireylerden birinin diğerine zarar vermesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Eş şiddeti, evli, nişanlı, sözlü, birlikte yaşayan, ilk kez buluşan, ayrılmış, boşanmış heteroseksüel veya homoseksüel çiftler arasında

yaşanabilmektedir⁶⁻¹². Eş şiddetinin en önemli özelliklerinden biri kuşaktan kuşağa geçmesidir^{9,13-16}. Yalnızca şiddet gören kişi değil, tanık olan kişilerin psikolojik durumları, özellikle çocukların psikososyal gelişimi etkilenmektedir. Çocukken şiddete maruz kalma ve tanık olma, psikiyatrik ve fiziksel morbidite nedenidir¹⁷. Çocuklar aile üyelerinden ve onların birbirlerine ilişkilerinden belli davranış kalıplarını öğrenirler^{9,16}. Olay şiddet kurbanı ile uygulayıcısı arasında olmaktan çıkar. Böylece şiddet örüntüsü kalıtsal bir hastalık gibi nesilden nesile aktarılır. Bu durum olayın boyutlarının ne kadar geniş olduğunu göstermektedir.

Eş şiddetin bir diğer önemli özelliği ise uygulanan şiddetin bir döngü içinde gerçekleşmesidir. Lenore Walker'a göre eşler arasındaki şiddet döngüsü üç dönemden oluşmaktadır. İlk faz gerginliğin giderek arttığı dönemdir. Bu dönemde sözel tehdit ve saldırılar ile çeşitli kısıtlamalar vardır ve sonunda dayak başlar. İkinci fazda ise ani öfke patlamaları olur ve birinci dönemin sonunda başlayan dayak devam eder, yani fiziksel istismar vardır. Kurban polise başvurduğunda sinirli ya da histerik izlenimi verebilir ve şiddete uğramış olan kadın eşi tarafından "kendinde değil" olarak tanımlanabilir. Patlama sürecinin ardından balayı dönemi adı verilen sakin dönem gelir. Bu dönemin süresi zaman geçtikçe kısalma eğilimindedir. Şiddet uygulayanın bunu inkâr etmesi ve şiddeti bir nedene bağlaması olasıdır. Şiddeti uygulayan bu dönemde üzgün olduğunu belirtir ve bir daha asla tekrarlanmayacağına dair sözler verir. Kurban şiddetin biteceğine ve kişinin değişeceğine inanır^{11,16,18}. Bu döngü eğer bir önlem alınmazsa kronikleşerek daha kötüye girer.

Şiddetin Etyolojisi

İnsan saldırganlığının nedenlerini açıklayan çok sayıda görüş bulunmaktadır. Bu görüşlerden en eskisi saldırganlığın insanların biyolojik yapısındaki varlığıdır. Sosyal öğrenme kuramcılarına göre ise insan doğuştan saldırgan değildir. İnsanlardaki saldırganlık davranışlarında öğrenmenin rolü büyüktür. Toplumsallaşmanın bir sonucu olarak saldırganlık ortaya çıkar. Bireyi saldırganlığa

iten güçler daha çok dışsal güçlerdir. Ancak kişi yalnız çevresel etkenlere tepkide bulunan güçsüz bir organizma değildir ve çevrenin karşılıklı etkileşimi ile bireyin sahip olduğu davranışlar oluşur. Böylece hem çevre davranışları şekillendirir, hem de çevre davranışlardan etkilenir.

Aslında insanın davranışlarını ne tek başına genlerin etkisi ne de çevrenin etkisi ile açıklamak mümkündür. Şiddeti düzensiz ve kendi başına bir sorun olarak ele almak yanıltıcı olur. Diğer tüm insan davranışlarında olduğu gibi, insandaki saldırganlık ve bunun şiddete dönüşmesi, kişinin ruhsal ve toplumsal gelişiminin, nörolojik ve hormonal yapısının etkileşimiyle ortaya çıktığına inanılmaktadır. Şiddet, kökleri çok daha geniş bir tabana yayılan, sosyal, ekonomik, örgütsel, sosyolojik, psikolojik ve kültürel etmenleri de içeren yapısal ve toplumsal bir sorundur¹⁹. Şiddet psikobiyolojik faktörler ile dış çevre arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır²⁰.

Biyolojik Faktörler

Saldırgan davranışların genel olarak limbik sistem ile beynin temporal ve frontal lobları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Serotonin metabolizması, intihar yanında şiddet davranışının ortaya çıkışında da benzer yollardan etkili olmaktadır. Alışılmadık ve zalimce cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5-hidroksiindolasetikasit düzeylerinin uygulamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Gama-aminobutirik asitin ise saldırganlığı önleyici etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki artış saldırgan davranışları artırmaktadır. Saldırganlık ile bu bölgedeki yapılardan kaynaklanan nöbetlerin ilişkisi ile ilgili tam bir fikir birliği bulunmamaktadır.

1. Endokrin bozukluklar

Şiddet içeren davranışların çoğunlukla erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu güne kadar yapılmış olan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamaktadır. Aynı zamanda antiandrojenik tedaviler de şiddet içeren davranışların sergilenmesini önlemektedir.

Premenstrual sendrom kadınlarda saldırgan davranışları artırmaktadır. Ancak nedensel ilişkiyi doğrulayacak bir kanıt bu konuda da henüz bulunamamıştır. Alkol ve bağımlılık yapıcı maddeler: Alkol dürtü kontrolünde inhibisyon ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Alkol intoksikasyonu ve şiddet davranışı arasında açık bir ilişki vardır. Amfetamin, kokain, fensiklidin ve sedatif-hipnotik maddeler gibi maddelerin de beyin ve davranışlar üzerinde benzer etkileri bulunmaktadır. Bunlar ve bunlara benzeyen yasal olmayan maddelerin kullanılması, saldırgan davranışların hem direkt hemde dolaylı bir sebeplerindedir.

2. Psikososyal Faktörler

Çocukluğunda şiddet gören bir kişi şiddet uygulayan bir yetişkin olma açısından artmış risk taşımaktadır. Çocuklukta şiddete tanık olmak da artmış şiddet davranışı ile ilişkilidir. Annesine veya diğer aile üyelerine şiddet uygulandığına tanık olmak şiddet kendisine yönelme bile bir çocuğun gelecekteki davranışlarını etkileyebilmektedir. Anooshian'a göre çocuklar sosyal öğrenme modeli ile şiddeti öğrenmektedirler ve ilerideki sosyal ilişkilerinde şiddeti veya uyumsuz davranışları sergileyebilmektedirler^{11,14}.

Günümüzde ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölümler artmaya devam etmektedir. ABD'de silahlara bağlı ölüm riski 15-19 yaş grubunda 1985-1990 yılları arasında %77 artış göstermiştir. Bu ülkede adölesan erkeklerde ölüm nedenleri arasında silahlara bağlı ölümler otomobil kazalarının yerini almıştır¹¹.

Kalabalık şiddet açısından artmış potansiyel taşımaktadır. Hava durumu şiddet üzerinde etkilidir. Rahatsızlık yaratacak derecede artan ortam sıcaklığı saldırganlığı artırıcı etki yapabilmektedir

Beyaz kadın olmak şiddet mağduru olma riskini artırırken siyahî ırktan olmak uygulayıcı olma riskini artırmaktadır. Yapılmış niteliksel çalışmalara göre ağır yoksulluk ve evlilikte yaşanan sorunlar şiddet ile ilişkilidir. Kadınların kendi ifadelerine göre eş şiddetinin nedenleri, erken yaşta akraba evlilikleri, görücü usulü evlilikler, kısa flört dönemi, evdeki baskıdan kaçmak için yapılan yanlış evlilikler, evliliğin erken döneminde zorunlu

ayrılıklar ve eşin erkeğin ailesi ile kalması olarak sayılmıştır¹².

Aile yapısını bozan sosyal ve ekonomik faktörler, şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlamakla beraber, etkilenen ailelerdeki çocukların saldırgan davranışlarında da artışa neden olmaktadır.

Genç yaşta olmak, erkek baskın aile yapısı, zayıf aile fonksiyonu, şiddete karşı duyarsız toplum ve geleneksel cinsiyet rolleri eş şiddetini etkileyen faktörlerdir²¹. Geliri düşük olan kadınlar, yüksek olanlara göre, eğitim düzeyi düşük olan kadınlar yüksek olanlara göre, statüsü eşinden çok düşük olan kadınlar, çok düşük olmayanlara göre eş şiddeti açısından daha çok risk taşımaktadırlar^{12,18}. Gebe olmak şiddetin risk faktörleri arasında sayılsa da, kadınların hamile olma özelliğini kullanarak ve tekrar tekrar hamile kalarak şiddetten korunduğu ve bu suretle şiddetin azaldığını belirten yayınlar vardır²². Hamileliğin eş şiddeti için bir risk faktörü olduğunu belirten çalışmalarda eşe ek yükler getirmesi sebebiyle şiddetin bu evrede başladığı ya da yoğunlaştığı söylenmektedir^{11,12,23-26}.

3. Şiddet ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar

Psikotik bozukluklardan bipolar bozukluğun mani döneminde, şizofrenide, paranoid bozukluklarda çevreye ve/veya kendine yönelik saldırgan davranışlar görülebilmektedir. Nörotik bozukluklardan post travmatik stres bozukluğu olan kişilerde, borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarında, yetişkin dikkat eksikliğinde şiddet içeren davranışlar sık görülmektedir.

4. Diğer

Madde kötüye kullanımı ve santral sinir sistemini etkileyen bazı patolojilerde de saldırganlık görülmektedir.

Eş Şiddeti Türleri

Şiddet çeşitli kaynaklarda farklı olarak tarif edilmiş olsa da temelde fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik şiddet şeklinde sınıflandırılmıştır^{9-12,27-29}. Williams ve arkadaşlarının bir çalışmasına göre duygusal şiddetin en yaygın eş şiddeti formu olduğu ve

bunu fiziksel şiddetle cinsel şiddetin izlediği saptanmıştır³⁰.

Ülkemizde yapılmış olan kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre tek çeşit şiddet yaşayanlardaki en yaygın şiddet türü fiziksel şiddet (%39) olarak bulunurken, cinsel veya fiziksel şiddet türünden en az birini yaşama oranı daha yüksektir (%42)¹². Yine ülkemizde Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %80.9'u eş tarafından herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaktadır³¹.

Fiziksel Şiddet

Korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kaba kuvvetin kullanılması, ölüme, yaralanmaya, herhangi bir zararlanma ya da yeti kaybına yol açabilen fiziksel güç kullanmadır. İtmek, tokat atmak, ısırma, boğmaya çalışmak, tekmelemek, yumruklamak, eşya fırlatmak, fiziksel kuvvet kullanarak evden çıkmaya veya eve girmeye engel olmak, bıçak veya silah gibi aletlerle tehdit etmek, işkence yapmak bu tanımlamanın içerisinde yer almaktadır. Kadınlar, erkeklerden daha çok fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar^{9-12,10,24,27,32-33}.

Fiziksel şiddet aile içinde en fazla görülen şiddet türüdür. Amerika Bileşik Devletleri'de yapılan Ulusal Kadına Karşı Şiddet (NVAW) araştırmasında 12 aylık bir sürede fiziksel şiddet uygulanan kadın sayısı 4.5 milyon, fiziksel şiddet uygulanan erkek sayısı ise 2.9 milyon olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada 18 yaş ve üstü her 1000 kadından 44.2'sinin ve her 1000 erkekten 31.5'inin fiziksel şiddet gördüğü bulunmuştur⁸. Türkiye genelinde 56 ilden 1800 evli kadınla yapılmış "Kadına Yönelik Şiddet" araştırmasında; eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı %37 olarak saptanmıştır³⁵. DSÖ'nün 2002 Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu'ndaki 48 ülkenin araştırma sonuçlarına göre kadınların %10-69 oranlarında eşleri tarafından hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır²¹.

Duygusal Şiddet

Duygusal şiddet, duyguların ve duygusal gereksinimlerin; zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için

tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Duygusal şiddete ilişkin bazı davranışlar; sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesidir. Bunların yanında dine, ırka, dile, kültürel gruba veya geçmişe ait değer verilen inançların aşağılanması veya onlara aykırı davranmaya zorlanması, bireyin maddi ve manevi destek alabileceği kurum ve kişilerden soyutlanmasına yönelik olarak arkadaş ve aile bireylerinin sürekli aşağılanması, görüşmenin denetlenmesi-engellenmesi, evden kovulma veya evden ayrılmakla tehdit edilmesi şeklinde sıralanabilir^{9-12,27,33,35,36}. Sözel şiddet bazı kaynaklarda, duygusal şiddetin bir biçimi olarak ele alınmıştır. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini kişinin değer verdiği konulara yönelik kişinin güvenini sarsmak ve kişiyi yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemek olarak vurgulanmıştır. Küçük düşürücü adlar takmak ve sık sık olumsuz bir şekilde eleştirmek ve alay etmek de sözel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir^{12,24,37}.

Duygusal şiddet, şiddeti gören kişi üzerinde daha uzun süreli etkiler bırakmaktadır. Sürekli aşağılanan, aptal, çirkin, değersiz olduğu söylenen kişinin zamanla bunları içselleştirebileceği ve kendini böyle görmeye başlayabileceği göz ardı edilmemelidir. Kişinin kendi değerlerine saldırılmasına, bir kez dahi olsa kabul edip aşağılanmasına izin vermesinin, gelecekteki istismarcı davranışlara zemin hazırlayacağı ve eğer istismarcı davranışlara, söz ile sınırlı iken karşı çıkılmazsa sözlü istismar fiziksel saldırı halini aldığında, bu durumdan uzaklaşmanın profesyonel bir yardım olmaksızın mümkün olmayacağı belirtilmektedir³⁸.

Duygusal şiddet sıklığına bakılacak olursa CDC'ye göre eş şiddeti sıklıkla duygusal şiddetle başlamaktadır, sonrasında bu şiddet davranışı fiziksel veya cinsel şiddet olarak devam etmektedir³⁹. Bazı kaynaklar fiziksel şiddeti eş şiddetinin en yaygın formu olarak belirtse de bazı kaynaklara göre de duygusal şiddet, fiziksel ve cinsel şiddetten daha yaygındır⁴⁰. Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, % 34 ailede kadına yönelik

fiziksel şiddet varken, %53'ünde sözel şiddetin var olduğu ortaya konmuştur¹².

Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, düzenli bir şekilde ekonomik kaynakların ve paranın kişinin üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Ekonomik şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar; kişinin çalışmasına, düzenli bir iş tutmasına engel olmak, ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamamak, kişinin iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olabilecek fırsatları değerlendirmesine engel olmak, çok kısıtlı harçlık verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyler istemek ve gerçekleşmediğinde olay çıkarmak, kişinin gelirini harcamak, evi zaman zaman terk ederek giderlerle hiç ilgilenmemek gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır^{9-12,33,40,41}.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre her beş kadından ikisi, kendi kazancının kullanımına ilişkin kararı kendisi verirken, kadınların yarısının bu kararı kocaları veya diğer kişilerle beraber verdikleri, kadınların %10'unun kendi kazançlarının kullanımına ilişkin söz hakkı bulunmadığı saptanmıştır. Her ne kadar bölgesel farklılaşma çok belirgin olmasa da, ülkemizin batısında ve kuzeyinde yaşayan kadınların %40'undan fazlası hanedeki harcamaların tamamını veya yarısından fazlasını kendi kazançlarıyla karşıladıklarını belirtmişlerdir⁴¹.

Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Kişiyi cinsel nesne gibi davranmak, aşırı kıskançlık ve şüphelilik göstermek, cinselliği cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, açıkça başkalarına ilgi göstermek, aldatmak, kaba kuvvet kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, duygusal baskı kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüz etmek, istenmeyen cinsel pozisyonlara zorlamak, fuhuşa zorlamak gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır^{9-11,24,28,33,42}. Bunun yanı sıra zihinsel gerilik, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumlarda zorlama olmadan cinsel ilişkiye girmek tecavüz olarak kabul edilmektedir. Kişinin isteği olmadan güç

kullanarak, korkutarak kurbanın vaginasına veya anüsüne penisini, elini, dilini veya başka bir objeyi sokmak tecavüz olarak kabul edilir¹¹. Sonuç olarak durumun cinsel şiddet olarak tanımlanması için mutlaka cinsel birleşmenin olması gerekmektedir.

Cinsel şiddet, özellikle başka tür şiddet uygulamalarının olduğu ilişkilerde en sık rastlanan şiddet türüdür. ABD’de eşlerinin fiziksel saldırısına uğrayan kadınların %46’sı cinsel saldırıya da uğradıklarını belirtmişlerdir⁴³. NVAW çalışmasında da eşler arasında cinsel şiddetin çok yaygın olduğu saptanmıştır. Yaşamları boyunca kadınların %7.7’sinin eşleri tarafından cinsel şiddete uğradıkları rapor edilmiştir⁸. Cinsel şiddet görenlerin davranışları cinsiyetlere göre incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha az oranda bu olayı bildirdikleri ve yardım aradıkları görülmüştür. Bir şiddet olayının varlığında sonunda cinsel şiddet yaşayanların kendi seçtikleri bir şiddet kriz merkezi tarafından duygusal destek alması gerekmektedir. Ancak kurbanlarla sadece bir kez görüşme yapılmasının post-travmatik stres bozukluğu, depresyon gelişimi gibi psikolojik problemleri önlemek için yeterli olmadığı bilinmektedir¹¹.

Eş Şiddetinde Aile Hekiminin Yeri

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve aile hekimliği uzmanının 2002 yılında tanımlanması yapılmış ve her aile hekimliği uzmanının ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir⁴⁴. Bu yetenekler aile hekiminin sağlık sorunlarının çözümündeki yerini belirler.

Aile hekimi, eş şiddetinden etkilenmiş bireylere hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma, öncelikleri belirleme ve hastayla işbirliği yapma, onun gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının sürekliliğini sağlama, süregelen ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi ve yaşadıkları ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme yeterliliğine sahiptir. Kültürel ve varoluş boyutlarını da dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modelini uygulayan aile hekimi, hastayı bir bütün olarak kabul eder. Birey merkezli ve bütüncül yaklaşımın eş şiddeti durumunda sağlayacağı en önemli

katkı, yukarıda geniş bir şekilde anlatılan nedenlerle zaten hekime başvuramayan veya sorunlarını anlatamayan eş şiddeti uygulayıcı veya kurbanının güvenini kazanmaktır. Bu güven, tanı, ortak strateji belirleme ve tedaviye uyumu artırması nedeniyle çok önemlidir.

Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme sorumluluğuna sahip olan aile hekimleri, eş şiddetinin toplumdaki prevalans ve insidansı hakkında bilgi sahibi olup, özgün problem çözme becerilerini de kullanarak bu durumun erken tanısını ve uygun yönetimini başarabilir.

Aile hekimi, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme yeterliliğine sahip olmalıdır. Bu bağlamda bir aile hekimi, etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını, hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlar, hastanın savunuculuğunu yapar. Aile hekimi, eş şiddeti gören veya uygulayan hastalarının uygun sağlık – sosyal hizmetleri almaları, sivil toplum örgütlerinden ve devlet kuruluşlarından faydalanmaları konusunda yardımcı olabilecek donanıma sahiptir.

Ayrıca bir aile hekimi toplum yönelimli olma sorumluluğunu da taşımaktadır. Bu nedenle, toplumumuzda eş şiddetinin yönetimi için kullanılabilir sınırlı sayıdaki kaynakları dengeli ve verimli bir biçimde kullanarak bireylerin sağlık gereksinimleriyle toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama yetisini kullanmak durumundadır.

Hastaların birinci basamağa ulaşması, doktorla veya birinci basamak sağlık çalışanı ile yakın ilişki kurması daha kolaydır ve şiddet kurbanları genellikle hukuk ya da ruh sağlığı çalışanları yerine birinci basamak hekimlerinden yardım isterler. Aile hekimleri, hastalarını ailenin yaşam döngüsünün her evresinde görürler. Bu durum onlara şiddetin kuşaklar arası ve döngüsel doğasına müdahale etme şansı verir⁴⁵. Sadece şiddet göreni veya uygulayanı değil, ailenin tümünü, nesilleri ve dolayısıyla toplumu etkileyebilen eş şiddetinin yönetiminde, aile hekimliği disiplininin “bireye, ailesine ve topluma yönelik birey-merkezli

yaklaşım geliştirme” özelliği son derece önemlidir. Disiplinin bu özelliklerinin uygulanabildiği bir birinci basamak eş şiddeti sorunun çözümünde önemli görevler alabilir.

Sonuç

Eş şiddeti günümüzde büyük bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu problemin tanısında önemli yer tutan, “rutin sorgulama” için birinci basamak bulunmaz bir fırsattır. Aile hekimleri sahip oldukları çekirdek yeterlilikleri nedeniyle, aile içi şiddeti önleyecek stratejileri yürütme konusunda büyük bir role sahiptirler.

Kaynaklar

- Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. Cogito 1996;6-7:29-36.
- Türk dil kurumu, büyük türkçe sözlük. Erişim Tarihi: 22.02.2010. Erişim: <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=%FEiddet&ayn=tam>
- Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004;37:27-39.
- Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. J Clin Psychol 1999;55:295-309.
- Konrad L. Saldirganlığın Spontanlığı. Cogito1996;6-7:165-168.
- Heise L, Moreno GC. Violence of intimate partner. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002:101-103.
- Gawinski B, Ruddy N. Ailenin korunması: aile içi şiddet ve birinci basamak hekimi. (Çeviri: HN Dağdeviren). McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile yönelimli birincil bakım. İstanbul: Yüce Yayın, 2005;377-399.
- Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington (DC): Department of Justice (US); 2000. Publication No. NCJ 181867. Erişim: URL: www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm. Erişim Tarihi: 22.03.2010.
- Mcwhinney IR. Family violence. Oxford text book of primary care medicine 2004;1:326-329.
- Gorall AH, Mulley AG. Primary care medicine 4th.screening domestic violence, psyhiatriv and ve behavioral problems, Lipincott-Williams &Wilkins, 1996;1226.
- Meit SS, Fitzpatrick KM, Selby JB. Domestic violence: intimate partner violence. In: Rakel RE, Eds. Textbook of family medicine, Philadelphia:Saunders Elsevier; 2007:47-67.
- Jansen HAFM, Üner S, Kardam F, Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara, Ocak 2009.
- Neugebauer R. Research on intergenerational transmission of violence: the next generation. The Lancet 2000;355:1116-1117.
- Anooshian LJ. Violence and aggression in the lives of homeless children: A review. Aggression and violent behavior 2005;10:129-152.
- Doğanavşargil Ö, Vahip I. Fiziksel eş şiddetini belirlemede klinik görüşme yöntemi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007;10:125-136.
- Walker EL, The Battered Woman Syndrome Chapter 5:85-106 Erişim:<http://books.google.com/books?id=SX4fDoqCdhcC&pg=PP1&ots=k5FdU2DTDB&dq=LENOREwalker2005CSEXUALViolenceCpdf&lr=&hl=tr&pg=PA86#v=onepage&q=&f=falseadreeees>. Erişim tarihi:21.11.2009
- Robin MR, David HJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychological Bulletin 1993;114:68-79.
- Kaur G, Herbert L. Recognizing and intervening in IPV. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2005;72:5.
- Aşkın U. Post-Modern Dünyamızın Yeni Ruh Hali: Rengi Kırmızı, Adı Şiddet. Çalışma Ortamı.Temmuz-Ağustos 93, 2007 Erişim: www.fisek.org.tr Erişim Tarihi: 12.11.2009
- Thornhill TJ. The national medical series for independent study. Psychiatry. 5th ed. Lippincott Williams and wilkins. 2001
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. Violence a global public health problem world report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002.
- Hilberm Stark E, Şifcraft AH: Spouse abuse. M Rosenberg, J Mercy (eds): Violence in America: A Public Health an E, Munson K: Sixty battered women. Int J Victimol 1978;2:460-470.
- Subaşı N ve Akın A. Kadına yönelik şiddet, nedenleri, sonuçları, 2005, Erişim:www.huksam.hacettepe.edu.tr/siddet. Erişim Tarihi:21.01.2010
- Karaoglu L, Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. Eur J Public Health 2006 Apr;16(2):149-56
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence, violence

- against women II. Lancet 2002;359:1331–1336.
26. Ntaganira J, Muula AS, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. BMC Womens Health 2008;8:17.
27. Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. BMJ 2008;4:337.
28. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet 2002;359:1232–1237.
29. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. World Health Organization. Geneva, 2005.
30. Williams JR, Ghandour RM, Kub JE. Female Perpetration of Violence in Heterosexual Intimate Relationships: Adolescence through adulthood. Trauma Violence Abuse 2008 October;9(4):227–249.
31. Tanrıverdi G, Sıpkın S. Çanakkale'de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale; Fırat Tıp Dergisi 2008;13(3): 183–187
32. Basile KC, Saltzman LE. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Atlanta (GA) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002. Erişim:<http://www.cdc.gov>. Erişim Tarihi:17.1.2010
33. Khan M. Unicef, domestic violence against women and girls, innocent digest no:6. Erişim:www.unicef-icdc.org. Erişim Tarihi:19.1.2010.
34. Altınay A, Arat Y. Kadına Yönelik Şiddet Erişim: <http://www.kadinmagazin.com/yasam/Turkiyede-Kadina-Yonelik-siddet-raporu/1035/2007>. Erişim Tarihi: 19.01.2010
35. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. The Medical Journal of Australia 1996; 164: 14-17
36. Hall T, Wright S. Making it count A practical guide to collectiong and managing domestic violence data, Community safety practice briefing July 2003.
37. Bonomi AE, Thompson R S, Anderson M , Rivara F P, Holt V L, Carrel D, Martin DP. Ascertainment of intimate partner violence using two abuse measurement frameworks, Injury Prevention 2006;12:121-124
38. Polat O. Adli Tıp. DER yayınları 2000:290;113-122.
39. Understanding Intimate Partner Violence. Fact Sheet 2009. Erişim:www.cdc.gov/violence-prevention. Erişim Tarihi:22.2.2010.
40. United Nations Ending violence against women: from words to action Study of the Secretary-General 9 October 2006. Erişim: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/launch/english/v.a.w-consequenceEuse.pdf>. Erişim Tarihi: 25.01.2010.
41. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Erişim:<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003>. Erişim Tarihi:21.01.2010.
42. Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. Domestic violence a comprehensive study guide. Emergency medicine. 4th Ed.2004:373-1376.
43. Atman ÜC. Kadına yönelik şiddet; cinsel taciz/ırza geçme. Sted 2003;12;9
44. The European Definition of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe, Barcelona: WONCA Europe Office Publication 2002.
45. Saatçi E. Aile içi şiddet. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. Adana-Türkiye, 27-30 Mart 2002:251.