

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Prof. Dr. Suat Turgut
Şef: Doç. Dr. K.Oğuz Karamustafahoğlu

**AİLE İÇİ FİZİKSEL ŞİDDETİN PSİKİYATRİ
POLİKLİNİĞİNE AYAKTAN BAŞVURAN BİR ERKEK
ÖRNEKLEMİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Vahap KARABULUT

İSTANBUL 2010

Önsöz ve Teşekkürler

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle mesleki gelişimimde büyük emeği geçen değerli hocam Doç. Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu'na,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan Doç. Dr. Münevver Gökyiğit, Doç. Dr. Hulki Forta, Doç Dr. Yüksel Altuntaş ve Prof. Dr. Levent Kayaalp'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana katkıda bulunan kliniğimiz uzmanları Dr. Yasemin Ceylan Cengiz, Dr. Bahadır Bakım, Doç. Dr. Sibel Mercan'a ve tezimin oluşmasındaki önemli katkılarından dolayı Dr. Başak Özçelik'e,

Beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire, psikolog ve yardımcı personeline,

Çalışmaya vakit ayıran tüm çalışma katılımcılarına,

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan aileme ve tüm bu zor süreç boyunca her an yanımda olan sevgili eşim ve biricik oğluma,

Teşekkür ederim.

Dr. Vahap Karabulut

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	4 - 6
2. GENEL BİLGİLER	
ŞİDDET VE SALDIRGANLIK	7 - 16
AİLE İÇİ ŞİDDET	17 - 44
3. YÖNTEM VE ARAÇLAR	45 - 48
4. BULGULAR	49 - 67
5. TARTIŞMA	68 - 81
6. SONUÇ	82 - 83
7. ÖZET	84 - 85
8. İNGİLİZCE ÖZET	86 - 87
9. KAYNAKLAR	88 - 101
10. EKLER	102 - 110

1. GİRİŞ VE AMAÇ

‘Şiddet’ terimi sıklıkla, insanların diğer insanlara karşı saldırgan davranışını tanımlamak için kullanılmaktadır. Farklı bir epidemiyolojik fenomen gibi görülmekte olan şiddet, dünya üzerindeki en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (1). Şiddet, hayatın her alanında duygusal, sözel, fiziksel, cinsel, siyasal ve daha birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel şiddetten kasıt kişinin bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen sert ve acı verici bir deneyimdir. Ana özellikleri ne olursa olsun, şiddet zamana, topluma ve kültüre göre değişkenlik gösterir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) şiddeti; “bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel ve duygusal zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluklar ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel güç kullanma” olarak tanımlamaktadır. Aile içi şiddet ise bireyler arası şiddetin bir parçası olan Aile / Eş şiddeti altında sınıflanmakta; çocuk, eş ve yaşlıya yönelik olarak üçe ayrılmaktadır ve bütünüyle olmasa da genel olarak ev ortamında aile bireyleri ve eşlerle yaşanan şiddet olarak tanımlanmaktadır (2).

Aile içi şiddet, şiddetin gizli bir türüdür. Şiddetin bir disiplin yöntemi olarak görülmesi, bazı kültürel normlarca kabul görmesi ve meşru sayılması, kurbanın şiddeti olağan kabul etmesi ya da reddetme olanaklarının olmaması aile içi şiddetin yeterince fark edilmesini ve çözümünü zorlaştırmaktadır. Ailenin doğası itibariyle bakım ve korumayı gerektiren ilişkilerde ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla failer erkek, kurbanlar ise kadın ya da çocuklardır. Bu bağlamda, aile içi şiddet yabancı kişilerden kaynaklanan şiddetten çok daha ciddi bir sorundur.

Bilişsel, davranışsal, gelişimsel, sosyal ve duygusal etkilerinin yanında kurbanın hayatını tehlikeye soktuğu için, fiziksel şiddet, aile içi şiddetin en ciddi formlarından biridir. Toplum tabanlı çalışmalarda, yaşamlarının bir noktasında partnerleri tarafından fiziksel şiddetten dolayı yaralanma bildiren kadınların oranının %20-75 arasında olduğu bildirilmektedir (2).

Aile içi şiddet her yaşta, toplumda, eğitim düzeyinde ve sosyoekonomik grupta meydana gelen yaygın bir problemdir. Tüm dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verilerine göre, WHO kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranını % 10-69 arasında bildirmiştir (2). WHO’nun 10 ülkede yürüttüğü başka bir çalışmasında ise eş

tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı 13% (Japonya) ile 61% (Peru) arasında bildirilmiştir (3).

Genel toplum tabanlı çalışmaların yanında, ayaktan takip edilen psikiyatrik hastalarda yaşam boyu aile içi şiddet sıklığının, kadınlar için %15'ten %90'a, erkek hastalarda %0'dan %13'e kadar değiştiği bildirilmiştir. Yatan psikiyatrik hasta örnekleminde ise aile içi şiddetin yaşam boyu sıklığı kadınlarda %34 ile %92, erkeklerde %14 ile %93 aralığında tespit edilmiştir (4).

Ülkemizde daha çok kadınlardan oluşan klinik örneklemelerle çalışılmıştır. Aile içi şiddeti sorgulama aracı olarak da sıklıkla anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıklara rağmen oranlar yüksek bulunmuştur. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1994), ailelerin %34'ünün, çocukların %46'sının fiziksel şiddet gördüğünü bildirmiştir (5). Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Avrupa Birliği proje ortaklığıyla 2008'de 51 ilde 12.795 kadınıla yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2009) alan çalışması verilerine göre kadınların %39.9'unun yaşam boyu eşi ya da birlikte olduğu kişiler tarafından fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır (6). Başka bir alan çalışmasında hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye örnekleminde %35 bulunmuştur (7).

Erişkinlerin retrospektif bildirimleriyle yapılan çalışmalarda çocukluk çağı ve ergenlik dönemlerinde %20- 40 arasında aile içi şiddet öyküsü rapor edilmiştir (8, 9). Çocukken şiddete maruz kalma ve tanık olma, psikiyatrik ve fiziksel morbidite sebebi olarak bildirilmiştir (10-14). Bu çalışmalar fiziksel kötüye kullanımın yaşam boyu major depresyon, distimi, davranım bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, sigara içimi, anksiyete, somatizasyon, disosiyasyon, psikoz, kendini yaralama, özkıyım girişimleri ve çeşitli fiziksel belirtiler için risk faktörü olduğunu göstermiştir.

Aile içi şiddet kuşaktan kuşağa geçmekte ve yalnızca şiddet gören kişiyi değil, tanık olan kişilerin psikolojik durumlarını, özellikle çocukların psikososyal gelişimini etkilemektedir. Çocuklukta aile içi şiddete maruz kalanların ya da tanık olanların kendi yetişkinlik ailelerinde şiddeti daha yüksek oranda kullandıklarını gösteren çalışmalar vardır. (9, 15-19).

Çocuğa ve ebeveynlere yönelen şiddet irdelenirken, ebeveynlerin önceki kuşaklarla olan şiddet örüntülerinin değerlendirilmesi, içinde yaşadıkları kültürel ve sosyodemografik yapıların belirlenmesi, katkıda bulunan psikiyatrik bozuklukların incelenmesi şiddet döngüsünü anlamamıza katkı sağlayacaktır. Aile içi fiziksel şiddet ile ilgili çalışmalarda sıklıkla şiddete maruz kalan kadınlara odaklanılmakta ve şiddet gören kadınıla ilgili çeşitli

parametreler arasında ilişki aranmaktadır. Oysa şiddeti uygulayan eşler hakkında çok daha az bilgi sahibiyiz. Şiddeti uygulayan taraf sıklıkla erkek olduğu için erkek örneklemiyle konunun değerlendirilmesi sorunu daha bütünlük içinde anlamamıza fırsat verecektir.

Bu çalışmada:

- Eş fiziksel şiddeti, çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı, kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama sıklığını ve bunlar arasındaki ilişkinin araştırılması,
- Psikiyatrik morbidite yükünün saptanması ve bunun eş fiziksel şiddetiyle ilişkisinin tartışılması,
- Aile içi fiziksel şiddetin üç kuşak boyunca geçiş özelliklerinin araştırılması,
- Şiddete katkıda bulunan sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

ŞİDDET VE SALDIRGANLIK

Şiddet, toplumsallaşma sürecinde çok az değişen hemen hemen tüm kültürlerde görülen yıkıcı bir davranış biçimidir. Şiddet zamana, topluma ve kültüre göre değişkenlik göstermekle birlikte evrensel bir insan davranışı olarak durmaktadır. İnsan şiddeti, toplumda kayda değer maliyetleri olan sık rastlanan bir görüngüdür. Şiddetin nereden kaynaklandığı sorusu tüm insanlığı ve özellikle de psikiyatristleri meşgul eden bir sorudur. Şiddet konusuna ilginin son yıllarda arttığı, konunun birçok disiplin tarafından farklı yanlarıyla ele alındığı görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 verilerine göre, şiddete uğramamış herhangi bir ülke veya toplumun olmadığı ve daha önce bu tür bir yaşamı sürdürmeyen ve saldırgan olmayan toplum olmadığı belirtilmektedir (2). Güncel bir Dünya Sağlık Örgütü bildirisi, silahlı çatışmalar hariç tutulduğunda yılda dünya çapında 1.43 milyon insanın kendini yaralayıcı ya da kişiler arası şiddetten öldüğünü tespit etmiştir (20).

İlkel ve gelişmiş toplumlara dayalı çalışma sonuçları, insan soyunun bir özelliği olmamakla birlikte; kıskançlık, intikam, hakimiyet ve cinsellikle motive edilen şiddetli çatışmaların evrensel insan davranışları olduğunu göstermektedir. Ve özellikle bu şiddet davranışının erkeklerin özelliği olduğu vurgulanmaktadır (21).

Tanım

Şiddet, Latince “violentia” sözcüğünden gelmektedir. Violentia şiddet, güç, sert ya da acımasız kişilik demektir. “Violare” fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, kurallara karşı gelmek anlamını taşımaktadır (22). Türkçe’ye Arapça’dan geçen şiddet tanımı hakkında Türk Dil Kurumu Sözlüğünde (TDK) ilk anlam olarak “bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğnlik, sertlik” olarak tarif edilmektedir (23). Günlük kullanımda ise şiddet terimi sıklıkla, insanların diğer insanlara karşı saldırgan davranışını tanımlamak için kullanılmaktadır (1).

Daha bütünlüklü ve kabul gören bir tanımla Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; “bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel ve duygusal zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluklar ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel güç kullanma” olarak tanımlamaktadır (2).

Şiddetle ilişkili bir diğer terim saldırganlıktır. Saldırganlık hakim olmak, yenmek, yönetmek amacıyla güçlü, şiddetli, etkili bir hareket, fiil, işlem, bir işi bozma, engelleme, boşa çıkarmaya karşı düşmanca, yaralayıcı, hırpalayıcı veya tahrip edici (yıkıcı, yok edici) amaç taşıyan bir davranış olarak tanımlanır (24). Şiddet ise insanda doğal olarak var olduğu kabul edilen saldırganlık eğiliminin bireysel ya da toplumsal boyutta, ancak diğerine zarar verecek biçimde dışa vurulması, yansıtılması olarak tanımlanır (25).

Sınıflamalar

Şiddetin kapsam bakımından geniş ve karmaşık yapısı, çok yönlü bir olguya işaret eder. Bu durum değişik açılardan şiddetin kategorize edilmesine olanak sağlar. Şiddeti psikolojik, sosyolojik, ahlaksal, siyasal ve hukuksal yönleriyle ele alan disiplinler, birçok farklı sınıflamaları beraberinde getirmiştir.

Saldırganlık ve şiddet birkaç şekilde sınıflandırılabilir. Saldırganlığın hedefine (örn., kendine yönelik veya başkasına yönelik), saldırganlığın türüne (örn., fiziksel veya sözel, doğrudan veya dolaylı) veya saldırganlığın sebebine (örn., tıbbi) göre yapılan sınıflandırmaların yanında en sık kullanılan sınıflandırma kasıtlıya (önceden tasarlanan, yırtıcı, aletli, proaktif) karşı dürtüsel saldırganlık (düşüncesizce davranılan, duygudurumsal, tepkisel) şeklindedir (26).

Kasıtlı şiddet, tipik olarak engellenme ve ani tehdide yanıt ile ilişkili olmayan planlanmış davranışı temsil eder. Kasıtlı şiddete her zaman otonom uyarılma eşlik etmez ve akılda kesin hedeflerle planlanır.

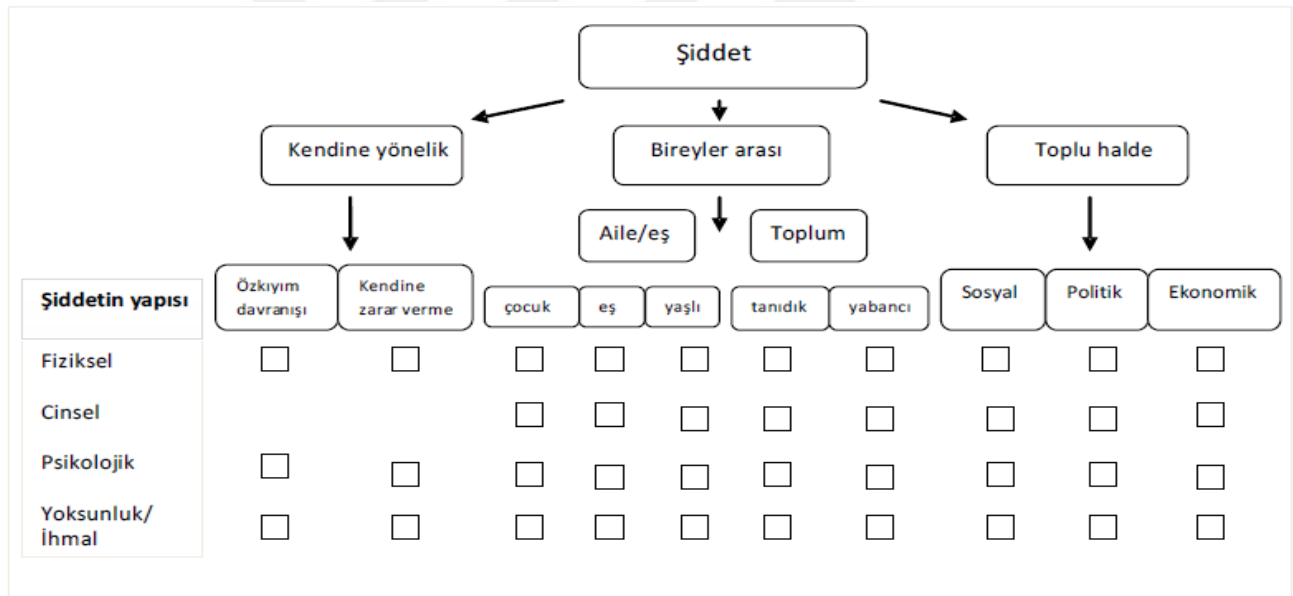
Bunun aksine *dürtüsel saldırganlık* yüksek seviyede otonom uyarılma ve öfke veya korku gibi olumsuz duygularla ilişkili olarak teşvik edilmeye ortaya çıkar. Dürtüsel saldırganlık, bir tehdit tehlikeli ve ani olarak ortaya çıktığında savunucu bir davranış olarak insan davranışının normal repertuarı olarak kabul edilebilir. Fakat meydana gelen duygusal teşvik ile ilişkili saldırgan davranışlar abartıldığı zaman patolojik olarak kabul edilir (21, 26).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu'nda şiddet sınıflamasında şiddet türlerinin içerdiği davranış yönünden üç ana başlık altında toplamıştır (2).

Bunlar;

- kendine yönelik şiddet,
- bireyler arası şiddet,
- toplu halde şiddet

olarak kategorize edilmiştir. Bu sınıflandırma şiddeti, kişinin kendisine veya kendi üzerine uyguladığı şiddet; başka bir birey tarafından veya bireylerin küçük bir grubu tarafından meydana gelen şiddet; devletler, organize siyasal gruplar, milis grupları ve terörist organizasyonlar gibi daha büyük gruplar tarafından empoze edilen şiddet şeklinde ayırım yapmaktadır. Bu üç kategori her bir özel şiddet türünü yansıtacak şekilde daha fazla bölünmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Şiddet kategorileri ve çeşitli şiddet türleri ile ilişkisi

Kendine yönelik şiddet: Kendine yönelik şiddet, özkıyım davranışı ve kendine zarar verme şeklinde alt bölümlere ayrılır.

Kişiler arası şiddet: Kişiler arası şiddet iki alt kategoriye ayrılır. Birincisi aile ve yakın eş şiddeti iken, ikincisi ise toplumsal şiddettir.

Toplu halde şiddet: Toplu halde şiddet sosyal, politik ve ekonomik alt gruplara ayrılır.

Şiddet eylemlerinin yapısı aşağıdaki türlerde olabilir.

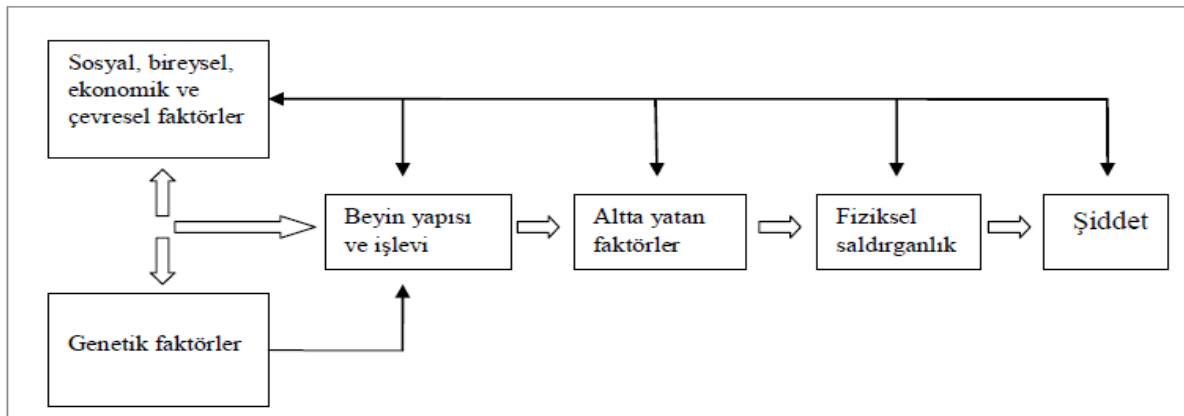
- Fiziksel
- Cinsel
- Psikolojik
- Yoksunluk ya da ihmal

Şiddet eylemlerinin bu dört türü şekil 1’de gösterildiği gibi kendine yönelik şiddetin bazı alt kategorileri dışında diğer tüm geniş şiddet kategorilerinde meydana gelmektedir.

Şiddet ve Saldırganlığın Gelişimi ve Sebepleri

WHO’nun 2002 Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu şiddetin, kişisel ilişki ve toplum boyutunda karşılıklı etkileşim faktörlerinden kaynaklandığını ve hiçbir faktörün, niye bazı insanların şiddet içeren davranışlarda bulunduğunu veya niye bazı toplumların diğerlerinden daha çok şiddet yaşadığını açıklayamadığını belirtmektedir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel etmenlerin değişik oranlarda insan davranışları üzerinde etkileri olmaktadır. Her insan davranışında bu etmenler değişen derecelerde rol alır.

Birçok faktörün şiddetin gelişiminde etkisini göstermesi açısından Loeber ve arkadaşlarının Pittsburg Gençlik Çalışmasının (Pittsburg Youth Study) (27, 28) uzunlamasına analizleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda şiddetin gelişimi ve nörobiyolojisi ile ilgili çeşitli hipotezler öne sürmüştür. Şiddetin gelişiminde nörobiyolojik, sosyal, bireysel, ekonomik ve çevresel faktörlerin etkilerinin açıklanmasına katkıda bulunmak için teorik ve deneysel çalışmaya dayalı olarak temel sezgisel modeli (basic heuristic model) sunmuşlardır (Şekil 2).



Şekil 2. Şiddetin gelişiminde etkili olan nörobiyolojik ve sosyal/bağlamsal faktörler arasındaki ilişkiler.

Bu model beyin yapı ve işlevinin nörobiyolojik etmenlerini, genetik, sosyal, ekonomik ve çevresel etkileri içeren şiddetin gelişiminde önemli olduğuna inanılan birkaç geniş tabanlı faktör arasındaki etkileşimi ele almaktadır. Varsayıma göre genetik, sosyal ve öteki faktörler ve onların etkileşiminde payı olan nörobiyolojik yapı ve işlev değişiklikleri nihayetinde şiddete yol açabilen davranış basamaklarının gelişiminde sırasıyla etkili olmaktadır.

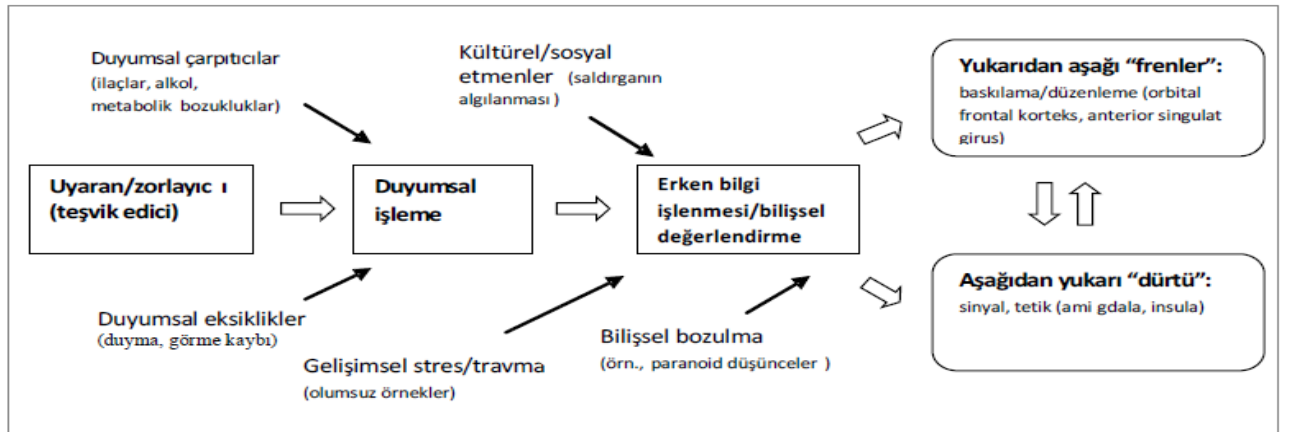
Saldırganlık ve Nörobiyoloji

Beyin devreleri:

İnsan beyninin cinsel ve saldırgan dürtülerle ilgili kısımlarının sıklıkla limbik sistem olarak adlandırılan bölgenin derinliklerinde yer aldığı düşünülmektedir. Bu bölgelerin özellikle saldırganlıkla ilgili olduğu düşünülen kısımları ise hipotalamus, septal bölge ve amigdaladır. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde ve inhibisyonunda prefrontal korteks rol alır. Bu alanın lezyonları dezinhibe, saldırgan ve özkıyıma yönelik davranışları ortaya çıkarır (29, 30). Saldırganlık konusundaki bilgi birikimi limbik sistemin özellikle temporal lobdaki iki limbik yapının (amigdala ve hipokampusun) işlev bozukluğuna işaret etmektedir (31).

Dürtüsel saldırganlık, dışsal uyaranlara karşı davranışın caydırıcı sonuçlarının yansıtılması ve gözetilmesi olmadan saldırgan yanıtlar için daha düşük bir eşik olarak algılanabilir. Saldırganlığa yatkınlık, orbital frontal korteks ve anterior singulat korteks tarafından sağlanan “yukarıdan aşağı” kontrol veya “frenler” ile amigdala ve insula gibi limbik bölgeler tarafından tetiklenen veya sinyal verilen aşırı “aşağıdan yukarı” “dürtüler” arasındaki dengesizliğe dayanarak kavramsallaştırılmaktadır (26).

Saldırgan davranışın başlatılması ve düzenlenmesi bir dizi işlemler sonucu gerçekleşmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Saldırganlığın Başlatılması ve Düzenlenmesi

Nörotransmitterler:

Günümüzde tek bir nörotransmitter saldırgan insan davranışlarının özgün karakteristiği olarak belirtilmemiştir. Buna rağmen birçok nörotransmitter saldırgan davranışla ilişkilendirilmiştir.

Serotonin:

Serotonin (5-HT), orbital frontal korteks ve anterior singulat korteks gibi saldırgan davranışların ortaya çıkmasını düzenleyen yapılarda rol alır ve genellikle saldırganlık üzerinde inhibitör etki gösterir. Birincil olarak bu bölgelerdeki 5-HT₂ reseptörleri üzerinden etkili olur. Bu bölgelerdeki serotonerjik innervasyondaki eksiklikler dezinhibe saldırganlıkla sonuçlanması beklenir. Bu model, saldırgan kişilik bozukluğu hastaları veya şiddetli özkıyım girişimleri olan bireylerde (32), serotonerjik maddelere azalmış nöroendokrin yanıtlar ve azalmış serotonerjik metabolit 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) konsantrasyonlarına işaret eden nörobiyolojik çalışmaların yanında (33), seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI'ler) dürtüsel saldırganlığı azalttığını gösteren (34) çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

Katekolaminler:

Dopamin ve norepinefrin saldırganlık olasılıklarını artırabilir. Özkıyım ve saldırganlıkta artmış noradrenerjik etkinlik vardır. Norepinefrin metaboliti 3-metoksi-4-hidroksifenilglükolun (MHPG) BOS seviyeleriyle, kişilik bozuklukları olanlarda öyküde saldırgan davranış görülmesi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Dopamin saldırgan davranışların başlatılması ve icrasında görev almaktadır. Öfke nöbetleri olan depresif hastalarda D₁ reseptör azalması öne sürülmüştür (35, 36).

Asetilkolin:

Kolinerjik aktivite anormallikleri, saldırganlığı tetikleyebilen subkortikal limbik bölgelerin aşırı aktivitesine ve disforiye veya aşırı duyarlılığa katkıda bulunabilir (26).

Glutamaterjik/Gabaerjik sistemler:

Glutamaterjik/Gabaerjik aktivitedeki dengesizlik subkortikal limbik bölgelerdeki aşırı aktiviteye katkıda bulunabilir. Glutamaterjik artış saldırganlığı artırırken, GABA reseptörlerinin azalmış aktivitesi saldırganlığa katkıda bulunabilir. Bu durum saldırganlıkta GABA/glutamaterjik sistemlerde bir dengesizlik olasılığını akla getirmektedir (37, 38).

Nöropeptidler:

Vasopressin, hem bağlanma davranışlarında hem de saldırganlıkta rolü öne sürülmektedir. Vasopressin reseptör antagonistleri agresif davranışı azaltır. Fluoksetin, 5-HT etkisini arttırırken, saldırganlığı ve merkezi vasopressin seviyelerini düşürür. Bu da 5-HT ile vasopressinin saldırganlıkta birlikte rol aldıklarını göstermektedir. BOS vasopressin seviyeleri antisosyal kişilik bozukluklarındaki agresyon düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir (39).

Oksitosin, insanlarda amigdala aktivitesini azaltır ve bu yüzden oksitosin eksiklikleri saldırganlığın ortaya çıkmasındaki ön şartları hazırlayabilecek düşmanlık, korku ve güvensizliğe katkıda bulunabilir (40).

Opiyatlar özellikle kendine yönelik saldırganlıkla ilişkilendirilmiştir. Azalmış merkezi sinir sistemi endojen opioid konsantrasyonları sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda kendine zarar verici davranışlar ile ilişkili bulunmuştur. Opiyat antagonistleri çoğunlukla kendine zarar verici davranışları azaltır (41).

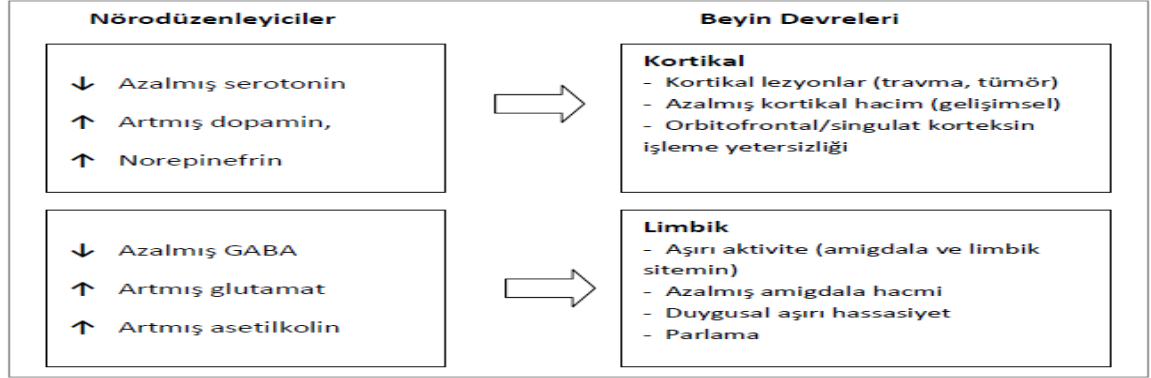
Nörosteroidler:

Kortizol konsantrasyonları yıkıcı davranışları olan ergenlerde, antisosyal suç failleri ve alkolik aile içi şiddet uygulayan yüksek saldırganlığı olan bireylerde genellikle düşük olarak bulunmuştur (42). Saldırgan davranışta kortizolün olası rolü, merkezi testosteron reseptörlerinin afinitesini arttırmasıdır.

Kontrollere göre antisosyal dürtüsel şiddet suçlularında BOS kortikotropin düzeyi önemli derecede düşük bulunmuştur. Kortikotropinin saldırganlıktaki olası rolü kesin olmamakla birlikte kortizol seviyelerine yaptığı etki üzerinden gerçekleşebileceği belirtilmiştir (39).

Testosteron ve steroidler saldırganlığı artırabilir ve sosyal saldırganlık ile ilişkili beyin devrelerinin yanıtısallığını artırabilir (43). Hayvanlarda yapılan deneylere dayanarak psikoz, disinhibisyon, saldırganlık ve şiddet davranışlarına sebep olan anabolik-androjenik steroidlerin etkilerinden, en azından kısmen hipokampus ve medyal globus pallidustaki 5-HT_{1b} yoğunluğunu downregüle ve nukleus akumbensteki 5-HT₂ reseptörlerini upregüle etmelerinin sorumlu olduğu varsayılmıştır. Ayrıca hipotalamus, amigdala ve çeşitli kortikal bölgelerdeki ara tabakalardaki reseptörleri etkiledikleri de düşünülmektedir (21).

Şekil 4'te saldırganlığa yatkınlığa katkıda bulunan beynin yapısal devrelerinde ve bu sistemleri düzenleyen nörodüzenleyicilerdeki çeşitli özgül anormallikler gösterilmiştir.



Şekil 4. Saldırganlığı Düzenleyen Beyin Devreleri ve Nörodüzenleyiciler

Saldırganlık ve Genetik Faktörler

Saldırganlığa yatkınlığın ailevi özellikler gösterdiği belirtilmektedir. Gen-çevre etkileşimleri saldırganlık ve antisosyal davranışlarda önemli bir rol oynamaktadır. Saldırganlık için biyolojik riski olan bireyler psikososyal sıkıntıların etkilerine özellikle daha duyarlıdır (44). Örneğin serotonin taşıyıcı (5-HTT) ve monoamin oksidaz tip A (MAO-A) genleri çocukluk çağı kötüye kullanım ile etkileşerek şiddete yatkınlık oluşturmaktadır. Çocukluk çağındaki ciddi kötüye kullanımanın yüksek MAO-A aktivitesi olan bireyler üstünde daha ılımlı etkisi varken, düşük MAO-A aktivitesi olan bireylerde erişkinlikte antisosyal davranış sergilemesiyle daha ilişkili bulunmuştur (45).

Dürtüsel saldırganlıkla ilişkili çeşitli aday genler keşfedilmiştir. Bunlar serotonin ilişkili genleri, katekolamin ilişkili genleri ve diğer nörodüzenleyici ilişkili genleri içerir. Örneğin 5-HTa TRY 452 aleli çocukluk çağı başlangıçlı saldırganlıkla ilişkilendirilmiştir. Düşük MAO-A gen aktivitesi olan denekler daha fazla saldırganlık göstermekte ve bilateral amigdala, anterior singulat kortekste ve subgenual anterior singulat kortekste anlamlı hacim azalmaları sergilenmektedir. Serotonin taşıyıcı (5-HTT) polimorfizmleri de bazı topluluklarda saldırganlıkla ilişkilendirilmiştir (46-48).

Saldırganlık ve Çevresel Stres Yaratici Etkenler

Doğumsal artılar ve eksiler ne olursa olsun insanların anne karnında, doğumda, bebeklik sırasında, çocuklukta, ergenlikte ve sonrasında nasıl muamele gördükleri sosyal uyumunu etkileyen en önemli faktörlerdir.

İnsanlarda hayatın erken dönemlerinde yaşanan deneyimlerin fizyolojik ve psikolojik etkileri olabilir. Bağlanma üzerine yapılan çalışmalar yaşamın ilk haftalarında ve aylarında anne- bebek etkileşiminin takip eden dönemdeki saldırganlığı etkilediğini göstermiştir (49, 50).

Saldırganlıkla ilgili beyin devrelerinin hasarı, saldırgan davranış değişikliklerine sebep olabilmektedir. Çoğu dürtüsel saldırgan bireyin, dışarıdan gelen uyarıyı değerlendirme ve duysal yanıtı düzenlemeden sorumlu beyin devrelerinin yapısında ve işlevinde anormallikler olduğu görülmektedir (21).

Kötüye kullanım ve ihmal çok çeşitli yollarla şiddeti doğurabilir. Devam eden kötüye kullanım gibi stresli uyaranlar hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aksı aktive edebilir. Bunun sonucunda beyin ve adrenal medulladan katekolaminlerin ve adrenal korteksten kortizolün salıverilmesine sebep olabilir. Çalışmalar primatlar ve insanlarda glukokortikoidlere aşırı maruziyetin hipokampal nöron kaybı ve kalan nöronlarda dentritik dallanmada azalma olduğunu göstermiştir (51, 52).

Saldırganlık ve Sosyal Etkenler

Farklı toplumlar ve toplumun farklı kesimlerindeki şiddet suçları oranları, sosyal faktörlerin şiddet oluşmasındaki önemli rolünden kaynaklandığı gösterilmektedir. Sosyal bilimciler fakirlik dışında sosyal desteklerin eksikliği, kötü bakım, çocukların bir bakıcıdan diğerine geçtiği ortamlar, kötü beslenme ve güvenlik koşulları ve güvenli çocukluk bağları kuramama ile karakterize sosyal düzensizliğin şiddeti beslediğini belirtmektedirler.

Medya şekillendirme, inhibisyonu önleme, duyarsızlaştırma, saldırgan hisleri uyarma ve risk almayı teşvik etme yoluyla davranışı etkileyebilmektedir. Medyada hayal gücüne dayalı abartılmış şiddet sahneleri insanda zaten varolan temel içgüdüyle, toplumsal bir boyut ve yeni modeller kazandırabilir. Şiddet içeren materyale maruz kalmanın özellikle erkeklerde şiddet fantezilerini arttırdığı bildirilmiştir (21, 53-55).

Saldırganlık ve Mental Hastalıklar

Mental hastalığı olan kişilerin büyük kısmı saldırgan davranışlar göstermezler. Buna rağmen ciddi derecede mental hastalığı olan kişilerde mental sağlığı yerinde olan kişilere göre daha fazla şiddet görülmektedir. Ağır mental hastalık sıklıkla algıyı bozmakta, şüpheyi artırmakta ve beraberinde aşırı duygusallık ve impuls kontrolünde yetersizlik ortaya çıkmaktadır.

Mental bozukluğun erkek ve kadın adolesanların erişkinliklerinde istismarcı ilişkilere girme risklerini artırdığı belirtilmektedir. Çalışmalar şiddetin, Eksen I tanısı almış olan kişilerde, ciddi mental hastalığı olmayan kişilere göre beş kat daha fazla görüldüğünü göstermektedir. En yüksek şiddet yaygınlığı madde kullanımı olan genç alt gelir sınıfına mensup erkeklerde ya da major mental hastalığı olanlarda görülmektedir (14, 22, 56).

Saldırganlık ve Psikanaliz

Freud'un saldırganlık dürtüsünü, psikanalitik kuramın ilk dönemlerinde psikoseksüel gelişim süreci içinde ele aldığı görülmektedir. Birinci dürtü teorisinde saldırganlık, sadizm şeklinde algılanmış ve başlangıçta cinsel dürtülere bağlı olduğu düşünülmüşse de daha sonra bu ego yani kendini koruma dürtüleri içinde kabul edilmiştir. Freud'a göre oral, anal ve fallik gelişme aşamalarının hepsinde saldırgan sadistik elemanlar vardır. Daha sonra kuramında değişime giderek ölüm dürtüsünü ortaya atmıştır. Haz ilkesinin ötesinde (1920) kitabında yaşamın başlangıcı konusundaki kurgulardan ve biyolojik paralelliklerden yola çıkarak, canlı varlığı koruma ve sürekli daha büyük birimler halinde bir araya getirme dürtüsünün (yaşam) yanı sıra, bu birimleri çözmeye ve başlangıçtaki inorganik duruma götürmeye çabalayan karşıt bir dürtünün de (ölüm) var olduğunu belirtmektedir (57).

Ego psikologlarına göre saldırganlık, esasında zarar verici olan bu dürtünün nötralizasyonu yoluyla uyuma ikincil olarak yardımcı olmaktadır. Kendine güven, kendini koruma ve ortama hakimiyet saldırganlığın nötralizasyonunun birer ürünü olarak görülür.

Kohut'a (1977) göre insanın zarar vericiliği, psikolojik bir olay olarak doğuştan gelmez. Saldırganlığın daima kendiliğin yaralanmasıyla güdülendiğine inanır. Narsistik öfke, zedelenabilir kendiliğin narsistik yaralanmaya yanıtıdır. Buradaki saldırganlık yıkıcı, zarar verici değildir. Zarar verici saldırganlık ise bir çözülme ürünüdür. Eğer çocuğun kendilik nesnesi gereksinimleri kronik ve travmatik olarak hayal kırıklığına uğratılırsa, yani eşduyumsal başarısızlıklar gelişirse, o zaman çözülme ürünleri olarak zarar verici saldırganlık ortaya çıkar. Sonuç olarak Kohut'a göre, saldırganlıkta zarar verici olmayan eğilim birincil, kin dolu zarar vericilik ise ikincil fenomenlerdir (24).

AİLE İÇİ ŞİDDET

Aile, farklı sosyal, kültürel ve politik sistemlerde, ortak yerleşim yeri, ekonomik işbirliği, yeniden üretim özellikleri ile belirlenen, cinsler arası sınırlandırılmış ilişkilerin zeminini teşkil eden evrensel bir sosyal gruptur ve yerine getirdiği işlevler açısından vazgeçilemez öneme sahiptir. Kişilerin beslenme ve bakım gereksinimlerini karşılayan, güven duygusu veren, beden ve akıl sağlığını koruyan ve geliştiren bir birim olması gereken aile, aynı zamanda çoğu kez her çeşit şiddetin beslendiği ve uygulandığı alan olmaktadır (58,59).

Şiddet, hayatın her alanında duygusal, sözel, fiziksel, cinsel, siyasal ve daha birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır. Aile içi şiddet, özel alanda gerçekleşen, aralarında kan bağı ya da hukuksal bağlılık bulunan, birlikte yaşayan, kısaca kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, güç göstermek, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen her türlü şiddet olarak tanımlanmaktadır (60). Daha çok şiddetin sonuçlarına dikkat çeken geniş bir tanımda ise aile içi şiddet, aile üyelerinden biri tarafından aynı ailedeki bir diğer üyenin yaşamını, fizik veya psikolojik bütünlüğü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem veya ihmal olarak belirtilmektedir (61).

Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasındaki bireylerarası şiddetin bir parçası olan aile / eş şiddeti çocuk, eş ve yaşlıya yönelik olarak üçe ayrılmaktadır ve bütünüyle olmasa da genel olarak ev ortamında aile bireyleri ve eşlerle yaşanan şiddet olarak tanımlanmaktadır (2).

ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü 1992), aile içi şiddete ek bölümünde yer vermektedir. DSM-IV-TR'de ise (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) birinci ve dördüncü ekseninde kodlanmaktadır. DSM-IV-TR Eksen I'de Klinik Odağı Olabilecek Diğer Durumlar bölümünde sömürü ya da ihmal etme ile ilişki sorunları başlığı altında ele almaktadır. Ayrıca Eksen IV'te birincil destek gruplarıyla olan sorunlar kategorisi içinde değerlendirilmiştir (62,63).

Aile içi şiddet her yaşta, toplumda, eğitim düzeyinde ve sosyoekonomik grupta meydana gelen yaygın, ciddi ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Aile içi şiddete sıklıkla kadınlar ve çocuklar hedef olmaktadır ve toplumda yaygın bir problem olmaya devam etmektedir (64).

Aile içi şiddet, şiddetin gizli bir türüdür. Çoğunlukla failer erkek, kurbanlar ise kadındır. Eşin istismara uğradığı evlerde sıklıkla çocuklar da istismara uğramaktadır. Bakım ve korumayı gerektiren ilişkilerde ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, yabancılardan kaynaklanan şiddetten çok daha ciddi bir sorundur (1). Aile dışında gerçekleşen şiddet için toplum sorumlu tutulurken, aile içinde oluşan şiddet gizli kalmakta, özel hayat olarak kabul edilmekte, çoğu kez de olağan ve yasal olarak karşılanmaktadır. Şiddetin bir disiplin yöntemi olarak görülmesi, bazı kültürel normlarca kabul görmesi ve meşru sayılması, kurbanın şiddeti olağan kabul etmesi ya da reddetme olanaklarının olmaması, aile içi şiddetin yeterince fark edilmesini engellemekte ve çözümünü zorlaştırmaktadır.

Aile içi şiddet temelde bir erkek sorunudur. Kadınlarda kocalarına karşı şiddet kullandıkları konusunda kanıtlar varsa da kadına karşı şiddet çok daha önemli bir sorundur. Çünkü genel olarak kadının kocasına karşı kendini savunmak ve dayaktan kaçmak amacıyla şiddet kullanması söz konusu olur. Bu sebeple halkın ve sosyolojinin ilgisinin kadına karşı şiddete yoğunlaştığı görülür. Bunun da sebepleri vardır. Erkeklerin daha tehlikeli ve zarar verici tür şiddet uygulamaya eğilimli olmaları, şiddetin erkekler tarafından daha sık tekrarlanması ve bu tür şiddetin hamile eşlere de sıklıkla uygulanması bu sebepler arasındadır (65).

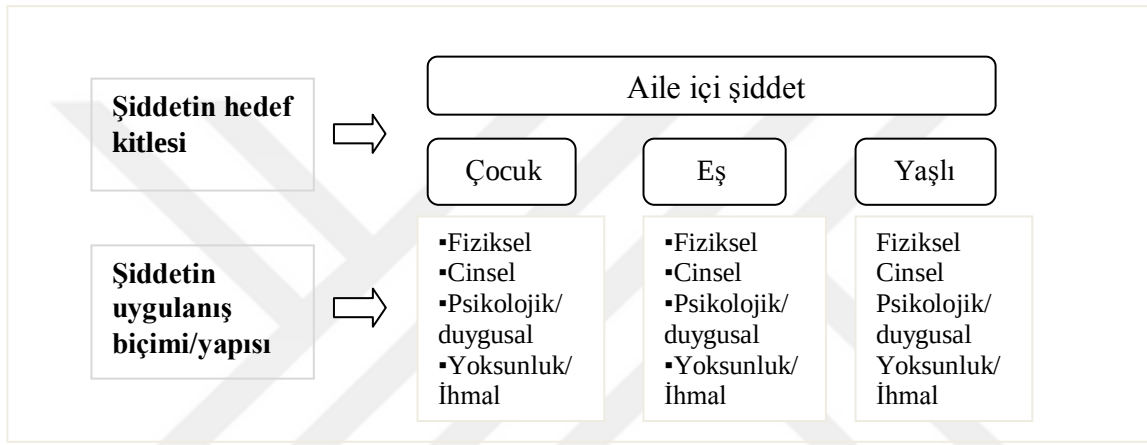
Aile içinde ortaya çıkan öfke ve saldırganlığın etkilerinin tüm aile bireyleri üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu, fakat özellikle çocukların ve kadınların bu etkiye daha çok açık oldukları söylenebilir. Bu tür şiddet eylemleri, kadınları en temel insan haklarından ve temel özgürlüklerinden mahrum etmekte; kadınların fiziksel ve üreme sağlığına ciddi biçimde zarar vermekte, kimi durumlarda yaşamlarını kaybetmelerine sebep olmaktadır. Ancak, kapalı kapılar ardında, karşılıklı duygusal bağların ve sorumlulukların olduğu yakını ilişkide ortaya çıkan bu şiddetin etkisi görünürdeki fiziksel yaraların izinden çok daha derin olabilmektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda ciddi psikolojik problemler ortaya çıkabilmekte, toplumsal hayata katılma ve kendi hayatlarını kazanmada güçlükler yaşayabilmektedirler (66).

Kadına yönelik aile içi şiddetin, bu şiddete tanık olan çocuklar üzerinde de önemli sonuçları bulunmaktadır. Şiddete tanık olan çocuklarda sağlık sorunlarının yanı sıra, davranış bozukluğu, duygusal travma ve okul başarısızlığı gibi sorunların sıkça yaşandığı belirlenmiştir. Şiddet hem birey olarak kadını hem de ailesini dolayısıyla toplumu güçsüzleştirmektedir (66).

Aile İçi Şiddet Türleri

Aile içi şiddet, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet dâhil, çok çeşitli şekillerde ortaya çıkabileceği gibi ekonomik açıdan mahrum bırakma ya da çevresinden izole etme şeklinde de görülebilmektedir. Bilişsel, davranışsal, gelişimsel, sosyal ve duygusal etkilerinin yanında kurbanın hayatını tehlikeye soktuğu için, fiziksel şiddet, aile içi şiddetin en ciddi formlarından biridir.

Aile içi şiddet türleri, şiddette hedef olan kişiler, uygulanış ve ortaya çıkış biçimleri dikkate alındığında farklı şekillerde değerlendirilebilir (2, 6, 22, 67, 68).



Şekil 5. Şiddetin hedef kitlesi olarak aile içi şiddetin bileşenleri ve şiddetin uygulanış biçimleri

Eşe Yönelik Şiddet

Eşlere şiddet uygulanması bakımından erkeklerin, kadınlara şiddet uygulaması daha yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Konuyla ilgili kaynaklar bir arada değerlendirildiğinde fiziksel, sözel, duygusal, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet gibi şiddet türlerinden söz edilebilir.

Fiziksel şiddet:

Aile içi şiddetin en sık olarak uygulanan biçimidir. Fiziksel şiddet, sakat bırakma, yaralama, zarar verme ya da ölüme sebep olma potansiyeli ile fiziksel gücün kasıtlı kullanımınıdır. Şiddetin bu tipinin çoğunlukla fizik görünümdeki açık etkilerinden dolayı izleri görülebilir ve saklanması zordur. Fiziksel saldırganlığın bazı çeşitlerine maruz kalan kadınlar çoğunlukla zamanla şiddetin pek çok biçimini deneyimlerler. Sarsma, hırpalama, itme, çimdikleme, çizme, ısırma, tokat atma, tekmeleme, dayak atma, yakma, bireye cisimler atma,

saçından tutup yerlerde sürüklemek, sopa ve odun ile dövme, ellerini kollarını bağlama, kesici delici aletlerle üzerine yürüme ve bunları kullanarak kişiyi yaralama, bıçaklama, ateşli silahlar kullanma, kişileri öldürme ya da onların fizik bütünlüğüne karşı eylemler gibi durumlar fiziksel şiddet uygulamalarıdır.

Psikolojik/Duygusal şiddet:

Kurbana yönelik zorlayıcı yöntemler ya da tehdit eylemleriyle travmaya sebep olmayı içerir. Kurbanı sınırlamak, küçük düşürmek, kurbanın ne yapıp yapmadığını kontrol etmek, bilgileri esirgemek, küçük düşürmek ya da utandırmak için bazı şeyleri kasıtlı yapmak, kurbanı ailesinden ya da arkadaşlarından izole etmek ve para ya da öteki temel olanaklara ulaşımını engel olmak gibi durumlar psikolojik/duygusal şiddeti kapsamı içine girebilir.

Gerçekleştirilmiş bir çalışmada psikolojik şiddetin değişik şekillerde olan görünüşleri tanımlanmıştır (69). Bunlar aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

- Sözel şiddet: Mahcubiyete sebep olmak için zihinsel oyunlar ve ince alayları kullanmak, aşağılamak, değersiz kılmak, hakaret etmek, küçük düşürmek.
- Yıldırma: Bakışlarla, jestlerle veya bağırma ile korkutmak, nesneleri fırlatmak veya eşyalara zarar vermek.
- Tehditler: Yaralamak, öldürmek, intihar etmek, çocukları kaçırmak.
- İzolasyon: Hareket ve eylemleri izleyerek başkalarının yaşamını istismar ederek kontrol etmek, konuşulanları dinlemek, arkadaşlık yapmasına engel olmak.
- Hor görme: Başkalardan aşağı davranmak, danışmadan önemli kararlar almak.
- Ekonomik istismar: İstismarcı mali kontrol sağlamak, parayla ilgili ödülleri veya cezaları koymak, aile bakımı için gerekli olmasına rağmen kadının dışarıda çalışmasına engel olmak.

Cinsel şiddet:

Cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. İstemediği cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel olarak kişiyi korkutan ve kıran davranışlarda bulunmak, sürekli kadınlığını / erkekliğini aşağılamak, cinsel organlara zarar vermek, namus ve töre sebebiyle baskı uygulamak eylemler arasındadır. Eşin uyguladığı cinsel şiddet yaş, sosyoekonomik durum, din, etnik kökenden etkilenmemektedir. Ancak gebelik, bekarlık ve boşanmış olmak veya eşinden ayrı yaşamak şiddet görme riskini artırmaktadır.

Çocuğa Yönelik Şiddet

Çocuk istismarı ve ihmali, ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (70).

Çocuk istismarı fiziksel, duygusal, cinsel istismarı ve ihmali kapsamaktadır. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır.

Fiziksel istismar ve ihmal:

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir (71, 72).

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (71).

Duygusal istismar ve ihmal;

Duygusal istismar ve ihmal çevredeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizlikler olarak tanımlanır. Duygusal istismar, sözel istismar, fiziksel olmayan ancak çok ağır olan cezalar ya da tehditleri içerir. Duygusal ihmalde ise yeterli duygusal destek sağlamamak, ilgi ve sevgi göstermemek ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermek yer alır (73). Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de yer almaktadır. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır (74). Fiziksel ve cinsel istismarın olmadığı durumlarda da duygusal istismar ve ihmal gerçekleşebilir. Bu şekilde, duygusal istismar ve ihmalin çocuk ve ergenlerin yaşadığı en sık görülen istismar ve ihmal tipi olduğu söylenebilir (70).

Cinsel istismar:

Cinsel istismar ise bağımlı, gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocukla erişkin arasındaki, çocuğun tam olarak anlayamadığı, rıza gösterebilmesinin mümkün olmadığı ve ailedeki rollerle ilgili sosyal tabuları ihlal eden cinsel etkinliği tanımlar. Bu tanım erişkinin cinsel organını çocuğa teşhir etmesini, çocuğun cinsel organını teşhir etmeye zorlanmasını,

cinsel organları okşamayı, cinsel organların elle veya oral yolla uyarılmasını, vajinal, anal birleşmeyi, çocuğa fahişelik yaptırılmasını ve pornografide kullanılmasını kapsar (75).

Yaşlıya Yönelik Şiddet

Aile içi şiddetle karşılaşma açısından risk altında olan diğer bir grup da yaşlılardır. Yaşlıya yönelik şiddet, fiziksel şiddet, duygusal şiddet, ekonomik şiddet ve yaşlı ihmali şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Bazı araştırmalar yaşlıların % 10'unun istismara uğradığını göstermektedir. İstismara uğrayan yaşlıların çoğu 75 yaşın üzerindeki, hastalık ya da sakatlık yüzünden savunmasız durumda olan ve istismarcı ile aynı evi paylaşan kadınlardır. Yaşlı istismarındaki risk faktörleri; failin bir psikopatolojiye sahip olması, istismar eden ile kurbanın birbirlerine bağımlı olmaları, dış stres etkenlerinden birinin bulunması (işsizlik, sosyal izolasyon vs.), şiddetin nesiller arası geçişidir. İstismar edende sıklıkla alkolizm, mental bir hastalık veya kurbanı maddi bağımlılık öyküsü bulunmaktadır (22, 76).

Epidemiyolojik Veriler

Türkiye'de aile içi şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır ve sayıları oldukça sınırlıdır. Elimizdeki sınırlı veriler yerel, bölgesel ya da klinik çalışmalarına dayanmaktadır. Çalışmalar daha çok kadınlardan oluşan klinik örneklemle yapılmıştır. Aile içi şiddeti sorgulama aracı olarak da sıklıkla anket çalışmaları kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıklara rağmen aile içi şiddetin yaygın olduğu görülmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı'nın 1993-1994 yılları arasında ulusal çapta yaptığı 'Aile içi şiddetin Sebep ve Sonuçları' konulu bir araştırmanın sonuçlarına göre; 2,479 kadında kadına yönelik şiddet sıklığını % 30 saptamıştır. Aynı araştırmada, 1,147 erkeğin %34'ü eşine şiddet uyguladığını belirtmiştir. Sözel şiddet sıklığı kentsel bölgede % 62, kırsal alanda ise % 49 olarak saptanmıştır. Çocuklara yönelik fiziksel şiddete rastlanma oranı %46'dır. Ailede kişi sayısı artıkça şiddet de artmaktadır. Şiddet aynı sıklıkla hamilelik döneminde de sürmektedir. Cinsel şiddet ve taciz oranı ise % 9'dur. Şiddete uğrayanların % 80'i çaresizlik içinde olduklarını vurgulamıştır. Alkol kullanımının şiddeti arttırdığı görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek çiftlerde ise şiddetin görülme oranının düşük olduğu gözlenmektedir (5). 1997'de Aile Araştırma Kurumu tarafından gerçekleştirilen başka bir araştırma bulgularına göre erkeklerin %35'inde şiddet eğilimi vardır. Kadınların şiddet eğilimi erkeklere göre daha düşüktür. Örneklem grubundaki

kadınların %10'u eşlerinden sık sık veya ara sıra dayak yediğini, %10'u da sık sık veya ara sıra eşlerinin hakaretine maruz kaldığını (psikolojik şiddet uygulandığını) ifade etmiştir (59).

En son ülke genelinde Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Avrupa Birliği proje ortaklığıyla 2008'de 51 ilde 12.795 kadınla yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2009) alan çalışması verilerine göre kadınların %39.9'unun yaşam boyu eşi ya da birlikte olduğu kişiler tarafından fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır. Başka bir ifade ile her 10 kadından 4'ü aile içi fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye genelinde, her 10 kadından biri son 12 ayda fiziksel şiddet yaşamıştır. Cinsel şiddet için bu oran %15, her iki şiddet biçiminden en az birinin yaşanma yüzdesi %42 olarak bulunmuştur. Kadınların %44'ü yaşamlarının bir döneminde duygusal istismarı yaşamıştır. Fiziksel şiddetin yaşanması açısından, bölgeler arası belirgin bir farklılaşma saptanmıştır. Batı Marmara bölgesinde yaşayan kadınlar arasındaki şiddet yaşama oranı %25 iken, Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde kadınlar arasındaki bu oran %53'tür. Ağır derecede fiziksel şiddet yaşama yüzdeleri bölge düzeyinde %11 ile %28 arasında farklılık göstermektedir. Fiziksel şiddetin en yüksek olduğu Kuzeydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerinde ağır derecede şiddetin de yaygın olduğu görülmektedir. Kentsel alanda fiziksel şiddet %38 iken, kırsal alanda bu oran %43 olarak saptanmıştır. Eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe şiddet sıklığının azaldığı görülmüştür. Çalışmaya katılmış kadınların dörtte biri eşleri ya da birlikte oldukları kişiler tarafından yaşadıkları cinsel veya fiziksel şiddet sonucunda yaralandığını belirtmiştir (6).

Başka bir alan çalışmasında hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye örnekleminde %35 bulunmuştur (7).

Bursa il merkezinde 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların %58.7'sinin aile içi şiddetle karşılaştığı, şiddeti uygulayanların başında eşin geldiği ve bunu anne ve babanın izlediği, şiddetle karşılaşanların % 14.5'ine fiziksel, % 33.6'sına duygusal, % 45.5'inde hem fiziksel hem de duygusal şiddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır. Aynı araştırmada, eşlerin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle birlikte şiddet uygulanmasının azaldığı ve erkeğin eğitim düzeyinin daha belirleyici olduğu, yani eğitim düzeyi yüksek olan erkeklerin daha az aile içi şiddet uyguladıkları, şiddet uygulanan kadınların % 44'ünün bu uygulamayı kabullendikleri ve şiddet uygulanan kadınların, şiddetin gerekçesi olarak en çok işaret ettikleri sebebinin maddi sıkıntı olduğu belirlenmiştir (77).

Trakya Üniversitesi tarafından Edirne ilinde yapılan başka bir kesitsel çalışmada ise kadınların %34'ünün son bir yıl içinde aile içi fiziksel şiddetin bazı çeşitlerine maruz kaldığını, %93'ünün ise aile içi sözel ve psikolojik şiddetin değişik formlarını yaşadıklarını bildirmişlerdir (78).

Kayseri’de sağlık ocağına başvuran bir örneklemde ise en az bir aile içi şiddet görme oranı %49,9, fiziksel şiddet oranı ise %26.5 olarak bulunmuştur. Kadınların aile içi şiddeti onaylama oranı %52,1’dir (79).

Çalışmanın yapıldığı yer, katılımcıların şiddeti tanımlama biçimleri ve araştırmada kullanılan araçlardaki farklılıklara bağlı olarak çeşitli çalışmalarda saptanan aile içi fiziksel şiddet oranlarının, İstanbul’da bir sağlık ocağı çalışmasında %40,4 (80); Sivas’ta toplum taramasında %59,7 (81); Bursa’da %14.5 (77); Bolu’da %41,4 (82); Erzurum’da ise %39 (83); Kayseri’de %26’5 (79) oranında olduğu görülmektedir.

Akyüz ve arkadaşları (2002), Sivas ilinde Cumhuriyet niversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarla yapmış oldukları araştırmada eşinden fiziksel şiddet gören kadınların oranını % 57 bulmuşlardır (84).

Ege niversitesinde psikiyatri polikliniğe başvuran ayaktan hastalarla yapılan bir çalışmada kadın hastaların %63’ çocukluğunda, %62’si evliliğinde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü, %51’i çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığını bildirmiştir çalışmada genç yaşın, alkol kullanan eş ve kaynana ile aynı evde yaşamanın eş şiddetine maruz kalma riskini anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur. Çalışmanın diğer bir önemli bulgusu ise çocuklukta şiddet öyküsü varlığı ve eşinden şiddet görme durumu ile çocuğuna şiddet uygulama arasında anlamlı ilişkinin gösterilmiş olmasıdır. (19).

Son yıllarda, dünyanın her yerinde, eş şiddetiyle ilgili artan sayıda araştırma yapılmıştır. Aile içi şiddetin yaygınlığı ile ilişkili çalışmaların bulguları arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Bu yalnızca araştırmanın yapıldığı yerdeki şiddet düzeyi ile değil, şiddetin tanımı, araştırmanın yöntemi, örnekleme tekniği, görüşmecinin eğitimi ve ustalığı ve kültürel etkenlerle de ilişkilidir (85).

Avrupa Konseyi, 16 - 44 yas arası kadınların ölüm ve sakatlanmaların ana sebebinin aile içi şiddet olduğunu ve bunun kanser ya da trafik kazalarındaki ölüm ve sakatlanma oranından çok daha fazla olduğunu bildirmiştir (86).

1976-1987 arasında ABD’de 15 yaşından büyük 40.000 insan aile içi partnerleri tarafından ldrlmştir (evli, beraber yaşayan, boşanmış ya da günlük partner dahil). Mağdurların %61’i kadın, %39’u erkektir. Acil servislere başvuran kadınların yaklaşık üçte birinin başvuru sebebinin partnerlerinin şiddeti yüzünden olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlar erkek partnerleri tarafından, erkeklerin kadın partnerleri tarafından yaralanmasından daha fazla yaralanmıştır. Yaklaşık olarak 1/5 hamile kadın yumruklanmıştır. Yakın eş şiddeti mağdurlarında, yabancı şiddet mağdurlarından daha yüksek oranda baygınlık ve internal

yaralanma mevcuttur. Bir çalışmada yaralanma oranları yabancı şiddet mağdurlarında %54 iken, eşe ya da eski eşe karşı olan saldırılarda bu oran %80'den fazla bulunmuştur (87).

Birleşmiş Milletler kadına yönelik şiddet raporuna göre 1999 yılında ABD'de aile içi şiddet ile karşılaşan kişilerin %85'ini kadınlar oluşturmaktadır (86). 2004/05 Britanya Suç Taraması (British Crime Survey,BCS) verilerine göre kadınların %28'i erkeklerin ise % 18'i bir veya daha fazla eş şiddetine maruz kaldığı tespit edilmiştir (88). Her yıl yaklaşık olarak kadınların %25'i erkeklerin %7.6'ı eşleri ya da yakın partnerleri tarafından fiziksel saldırılara uğradığı bildirilmektedir. Kadınlar şiddet epizodları sırasında erkeklerden daha fazla ciddi fiziksel yaralanmaya uğramaktadır (89).

ABD'de yapılan Ulusal Suç Taraması (National Crime Survey,NCS), Ulusal Kadınlara Karşı Şiddet Taraması (National Violence Against Women Survey, NVAW) ve Ulusal Suç Mağduriyet Çalışması (National Crime Victimization Study, NCVS) gibi suç incelemelerinde partnere saldırmak neredeyse yalnızca erkeklerin işlediği bir suç olduğu izlenimi uyandırmaktadır. NCS'nin yaptığı araştırmada aile içi şiddette erkek kadın oranı 13'e 1 iken, Aile İçi Çatışma Çalışması (Family Conflict Study, FCS) ise bu oranı 1'e 1 olarak saptamıştır. Yıllık saldırı oranları ise NCS'nin %0.2 oranına karşılık FCS'de bu oran %10-35 arasında bulunmuştur. Rapor edilen yaralanma oranları açısından da her iki çalışma arasında farklılıklar saptanmıştır. Yaralanma oranları FCS'de %1-3 iken NCS'de 12.2'dir. NCVS ise mağdurların %49'unda yaralanma rapor edilmemiştir. Farklıklar aile içi şiddetin doğası ve önemine ilişkin dikkat edici şekilde farklı bildirimlerden kaynaklı olduğu söylenmektedir (87). Toplum tabanlı çalışmalarda, yaşamlarının bir noktasında partnerleri tarafından fiziksel şiddetten dolayı yaralanma bildiren kadınların %20-75 arasında değiştiği bildirilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verilerine göre, kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri ya da partnerleri tarafından fiziksel şiddete uğrama oranını %10-69 arasında bildirmiştir. Araştırmalar yakın ilişkilerdeki fiziksel şiddete sıklıkla psikolojik şiddetin eşlik ettiğini ve olguların üçte biriyle yarısı kadarında ise cinsel istismarın olduğunu desteklemektedir (2).

WHO'nun 2000-2003 tarihleri arasında 15 bölge, 10 ülkede yürüttüğü toplum tabanlı başka bir çalışmasının analizinde ise eski ya da yeni partnerleri tarafından yaşamlarının bir noktasında fiziksel şiddet, cinsel şiddet ya da her ikisine maruz kalan kadınların oranının %15-71 arasında değiştiği bildirilmiştir. Çalışmaya alınan ülkeler Bangladeş, Brezilya, Etopya, Japonya, Nambiya, Peru, Samoa, Sırbistan , Karadağ, Tayland, Birleşik Tanzanya Cumhuriyeti'dir. Çalışmada eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %13

(Japonya) ile %61 (Peru taşra) arasında, cinsel şiddete maruz kalanların oranı ise %6 (Japonya-Sırbistan Karadağ) ile %59 (Etopya taşra) arasında değiştiği belirtilmektedir (3).

Farklı metodolojilerle yapılmış çeşitli ülkelerdeki çalışma verilerine göre aile içi şiddet oranları: İspanya'da yaşam boyu %32 (90); Lübnan'da %21 (91); Çin'de yaşam boyu %43, son bir yılda %26 (92); Amerika'da yaşam boyu Latin kadınlarda %44.6, Latin olmayanlarda %44 olarak belirtilmiştir (93). Aile içi fiziksel şiddet oranları ise İran'da %38 (94); Çin'de yaşam boyu %38, son bir yılda %21 (92); Hindistan'da %16 (95); Moğalistan'da %21.9 (96); Avusturya'da klinik örnekleme %25.2 (97); Afrika'da sadece erkek örnekleme %27.5 olarak (9) bulunmuştur.

Genel toplum alanında yapılmış çalışmalar yanında psikiyatri hasta örnekleminde yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Yatan psikiyatrik hasta örnekleminde aile içi şiddetin yaşam boyu sıklığı kadınlarda %34 ile %92, erkeklerde %14 ile %93 arasında tespit edilmiştir. Yatan psikiyatrik popülasyonda önceki yıl içinde yatan kadın hastalarda %22 ile %76 arasında (Heru ve arkadaşlarının çalışmasında %92 (98), yatan erkek hastalarda ise Hoofman'ın çalışmasında %48 (99), Heru'nun çalışmasında ise %93 (98) saptanmıştır (4).

Ayaktan psikiyatrik hastalarda aile içi şiddetin yaşam boyu sıklığının kadınlar için %15'ten %90'a, erkek hastalarda ise %0'dan %13'e kadar değiştiği bildirilmiştir. Son bir yıl için ayaktan kadın hastalarda sıklık %19 ile %86 arasında, ayaktan takipli erkekler için yalnız bir çalışmanın verilerine göre son 6 ay içindeki sıklık %5 olarak bildirilmiştir (4).

Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalmanın yaygın olduğu bildirilmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada 18 yaşından önce anne-baba veya bakıcı şiddetine maruz kalanların %54'ünün erkek ve %40'ının kadın olduğu tahmin edilmektedir (100). Çiftlerin Ulusal Nüfus Tabanlı Çalışmasından Bulgular (Findings From a National Population-Based Study of Couples) çalışmasının verilerine göre; erkeklerin %65.4'ünün, kadınların %51'inin çocuklukta fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Kadınların %18.9, erkeklerin %17.8 oranlarında çocukluk çağında ebeveynler arası fiziksel şiddete tanıklık ettiği bildirilmektedir. Çocuklukta orta veya ağır dereceli fiziksel istismara maruz kalmış erkeklerin daha fazla karşılıklı olmayan erkekte kadına eş şiddeti riski altında olduğu bulunmuştur. Bir erkeğin çocuklukta ağır fiziksel istismara maruz kalması veya ebeveynler arası şiddete tanık olması, karşılıklı yakın eş şiddetiyle iki kat daha fazla ilişkilendirilmiştir. Çocuklukta ebeveynler arası şiddet tehdidine veya ebeveynler arası fiziksel şiddete tanık olmuş kadınların, daha fazla karşılıklı olmayan kadından erkeğe yönelik eş şiddeti riski altında olduğu ve çocuklukta herhangi bir tip aile şiddetine maruz kalmış kadınların karşılıklı yakın eş şiddetine dahil olma oranının 1.5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (101).

Aşağıdaki tabloda ülkemizde ve dünyada yapılmış bazı alan ve klinik çalışmaları özetlenmiştir (Tablo1-2).

Tablo 1. Aile içi şiddetle ilgili Türkiye’de ve dünyada yapılmış bazı alan çalışmaları

Çalışma	Örneklem/yöntem	Sonuç
Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, 1994 (5)	2,479 kadın, 1,147 erkek	Yaşam boyu aile içi fiziksel şiddet kadınlarda %30, erkeklerde %34, çocuklara yönelik fiziksel şiddet %46
Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müd. 2009 (6)	51 ilde 12.795 kadın, soru kağıtları	Eş fiziksel şiddeti %39,9, cinsel şiddet %15, şiddet Batı Marmara’da %25, Kuzeydoğu Anadolu’da %53
Altınay ve Arat, 2008 (7)	75 yerleşim merkezi 1800 kadın, anket çalışması	Yaşam boyu en az bir kez eş fiziksel şiddeti Türkiye örnekleminde % 35, Doğu örnekleminde ise % 40
Tokuç ve ark. 2009 (77)	Edirne ilini temsil eden kadın örneklem	Son bir yıl içinde aile içi fiziksel şiddet oranı %34, aile içi sözel ve psikolojik şiddetin değişik formlarına maruziyet %93
Krug ve ark. 2002 (2)	WHO’nun dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verileri	Yaşan boyu fiziksel eş şiddeti %10-69
Ellsberg ve ark. 2008(3)	WHO’nun dünyada 15 bölge, 10 ülke verileri	Yaşam boyu fiziksel şiddet, cinsel şiddet ya da her ikisine maruz kalma %15-71, eş fiziksel şiddeti %13 (Japonya) - 61 (Peru taşra)
Gupta ve ark. 2008 (9)	Güney Afrika’da ulusal çapta temsil edici 834 erkek	Eşe yönelik fiziksel şiddet %27,5
Bonomi ve ark. 2009 (92)	ABD’de sağlık sistemini kullanan rastgele seçilen 3429 kadın, telefonla anket çalışması	Yaşam boyu fiziksel eş şiddeti Latin kadınlarda %38,8, Latin olmayanlarda %34, psikolojik şiddet %37,4’karşı %35,3

Tablo 2. Aile içi şiddetle ilgili Türkiye’de ve dünyada yapılmış bazı klinik çalışmalar

Çalışma	Örneklem/yöntem	Sonuç
Akyüz ve ark. 2002 (83)	Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 300 kadın, soru formu	Aile içi fiziksel %57, cinsel şiddet %30,7, duygusal şiddet %36
Vahip ve Doğanavşarlıgil 2006 (19)	Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 100 kadın, klinik görüşme	Eş fiziksel şiddeti %62, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %51, çocukluğunda fiziksel şiddete maruziyet %63
Hıdıroğlu ve ark. 2006 (79)	İstanbul’da sağlık ocağına başvuran 146 kadın, anket yöntemi	Eş fiziksel şiddeti %40,4, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %76,7
Naçar ve ark. 2009 (78)	Kayseri’de sağlık ocağına başvuran 355 kadın, anket yöntemi	En az bir kez aile içi şiddete maruz kalma %49.9, eş fiziksel şiddet oranı %26,5
Eilenberg ve ark. 1996 (101)	180 erkek ve kadın ayaktan psikiyatrik hasta, hasta, klinik değerlendirme	Kadınlarda %19 oranında fiziksel, cinsel ve duygusal şiddet, erkeklerde kötüye kullanım bildiren yok
Lipschitz ve ark.1996 (102)	72 kadın, 28 erkek ayaktan psikiyatrik hasta, anket çalışması (Travmatik olaylar anketi)	Yaşam boyu partnerleri tarafından fiziksel ya da cinsel saldırı kadınlarda %35, erkeklerde %6
Briere ve ark. 1997 (103)	93 kadın psikiyatrik hasta, görüşme ve kart kayıtlarının incelenmesi	Yaşam boyu fiziksel ya da cinsel maruziyet %42
Farmarzi ve ark. 2005 (104)	İran’da kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ile aile planlaması kliniklerine başvuran 2400 kadın, anket çalışması	Son bir yıllık eş fiziksel şiddeti %15, cinsel şiddet %42,4, psikolojik şiddet 81,5
Usta ve ark. 2006 (90)	Lübnan’da sağlık merkezine başvuran 1418 kadın, anket çalışması	Aile içi fiziksel şiddet %19, en az bir şiddet formuna maruz kalanlar %21
Heru ve ark. 2006 (97)	44 erkek, 66 kadın psikiyatrik yatan hasta, ölçek kullanımı (CTS2)	Son bir yılda eş fiziksel şiddet erkeklerde %93, kadınlarda %92

Aile İçi Şiddette Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002'de yayınladığı “Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu’nda, erkeklerin eşlerine yönelik istismarla ilişkili risk faktörlerini şöyle sıralamıştır (2).

Bireysel Faktörler

- Genç yaş
- Ağır içicilik
- Depresyon
- Kişilik bozuklukları
- Düşük akademik başarı
- Düşük gelir
- Çocuklukta şiddete maruz kalmak ya da tanıklık etmek

İlişkisel Faktörler

- Evlilik çatışmaları
- Evlilikte istikrarsızlık
- Aile içinde erkeğin baskın olması
- Ekonomik stresler
- Düşük aile işlevselliği

Toplumsal Faktörler

- Aile içi şiddete karşı zayıf toplumsal yaptırımlar
- Yoksulluk
- Düşük sosyal kazanç

Sosyal Faktörler

- Geleneksel cinsiyet modelleri
- Sosyal normların şiddeti desteklemesi

Gelles’in (1990) yaptığı geniş çalışmalar sonucunda, aile içi şiddet için 11 temel risk faktörü ortaya konmuştur. Bu risk faktörleri şöyle sıralanmıştır (22).

- Daha önce ailede yaşanmış olan şiddet içeren davranışlar
- Erkeğin işsiz olması
- Erkeğin yılda bir veya daha fazla kez yasadışı ilaç kullanması
- Kadın ve erkeğin farklı dinlerden olması
- Erkeğin, babasının annesine kaba kuvvet kullanmasına tanıklık etmesi
- Birlikte yaşayan, evli olmayan çiftler

- Erkeğin işçi ya da bedeni ile para kazanan gruptan olması
- Erkeğin düşük eğitim seviyesinde olması
- Erkeğin, 18-30 yaş arasında olması
- Evde çocuklara karşı şiddet kullanılması
- Ailenin gelirinin yetersiz olması

Risk faktörlerinden en önemlisi, daha önce ailede yaşanmış olan şiddet içeren davranışların varlığıdır. Bu durum gelecekte yaşanacak aile içi şiddetin en önemli habercisi olarak kabul edilmektedir. Yukarıda belirtilen faktörlerden ikisinin bir arada bulunması ile riskin iki katına çıktığını, 7- 8 faktörün var olduğu ailelerde ise riskin 40 kat fazla olduğu belirtilmektedir.

Aile içinde eşe yönelik saldırganlık ve mağduriyetle ilişkili bazı risk faktörleri aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilebilir.

Demografik özellikler:

Bütün demografik gruplarda aile içi şiddet olmasına karşın birtakım demografik özellikler eşlere yönelik istismarla ilişkili bulunmuştur. Bu faktörler gelecekte suç işlemede bireysel riskler için olası yararlı belirteçler olabilir. Örneğin aile içi şiddet oranları çiftlerin yaşlarının artmasına bağlı olarak bir dereceye kadar azalma eğilimi gösterebilir (106). Eş şiddeti, diğer bir demografik risk faktörü olan ailede artan stresle ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Örneğin düşük sosyoekonomik durum erkekleri aile içi saldırganlıkta artan bir risk haline getirir ve bunların eşlerinin yüksek sosyoekonomik durumu daha ağır şiddet işlemeye eğilimli kılabilir. Benzer şekilde işsizlik, eşe karşı istismar suçu işlenmesinde artan bir şekilde risk faktörü olarak ortaya çıkabilmektedir (107).

Önceki saldırganla ilişkiler:

Eş ya da önemli kişilere şiddet uygulamaları için birincil risk faktörlerinden biri daha önce aynı kişiye karşı bu gibi şiddet davranışının işlenmiş olmasıdır. Aynı zamanda, aile içinde meydana gelen güncel şiddet, gelecekte de kadına yönelik aile içi şiddetin devam edeceğinin güçlü bir göstergesidir. Daha önce fiziksel şiddet kullanımına benzer şekilde, erkeklerin mevcut ilişkilerinde sözel ya da duygusal şiddet kullanmaları, fiziksel eş istismarı için önemli bir risk belirtisi olarak görünmektedir (107). Dövülmüş kadınların daha önce kurban olma oranları oldukça yüksektir. Şiddete maruz kalmış bir kadın örneğinde yapılan çalışmada, kadınların %71'i çocukluk çağında fiziksel istismara, %53'ü ise çocukluk çağı cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (108).

Psikolojik özellikler:

Eşe karşı istismar davranışları olan erkeklerin çoğu genellikle istismarcı olmayan karıştılarından daha sinirli ve düşmanca eğilimlere sahip olmaktadır. Ek olarak, evlilikle ilgili anlaşmazlık durumlarıyla karşılaştıkları zaman, istismarcı erkekler istismarcı olmayan erkeklere göre kendine daha az güvenmekte ve daha fazla öfke ve düşmanca yanıtlar gösterme eğiliminde olmaktadır. İstismar edici erkeklerin önemli özelliklerinden biri terk edilme korkusudur. Ev içinde şiddet uygulayan erkekler şiddet uygulamayan erkeklere göre ilişkilerinde şiddeti daha fazla kabul etme ve onaylama eğilimindedir (107).

Psikopatoloji:

Genel olarak eşlerine istismarda bulunan erkekler şiddet göstermeyenlere göre daha fazla psikolojik sorunlara sahiptirler. Evlilik şiddetinde erkek saldırganlığı için dört psikolojik sendrom göze çarpmaktadır. Araştırmacılar, özellikle erkeklerin depresyon, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), sınır kişilik bozukluğu ve madde kullanımı semptomlarını partnere ya da eşe yönelik şiddet davranışlarıyla ilişkili bulmuşlardır. Çoğu vakada erkekler tarafından bildirilen depresif şikayetlerin sayısı major depresyon tanısı almasında yetersiz olsa bile eşe karşı şiddet düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir araştırmada depresif semptomlarda %20 artış, orta seviyede saldırgan davranış (örn., tutma, itme) riskinde %30, ağır şiddet (örn., dövmek, yumruklamak) kullanımında %74 bir artışla ilişkili bulunmuştur (107, 109).

Erkekler ve kadınlar arasında alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla eşe yönelik şiddet ilişkili bulunmuştur. Leonard ve arkadaşları (1985) evlilikte saldırganlık oranlarının güncel alkol problemleri olan (%44) erkeklerde, alkol kullanım bozukluğu olmayan (%15) ya da geçmişte alkol kullanım bozukluğu olan (%14) erkeklerden üç kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (110). Alkol kullanımına bağlı eş şiddeti genel popülasyondan yaklaşık %20 daha fazla bildirilmiştir. Kadınlarda daha önceden madde kullanımı ve saldırı öyküsünün varlığı, yeni mağduriyet risklerini de beraberinde getirmektedir. Madde kullananlarda şiddete maruz kalma riskinde artışın, saldırı eğilimi olan kişilerle ilişkiye girmeye veya riskli aktivitelerle meşgul olmakla bağlantılı olduğu bildirilmektedir (87).

Partnerine şiddet uygulayan bir grup hastayla ve evlilik sorunları olan ancak şiddet uygulamayan erkek hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada partnerine şiddet uygulayan grubun belirgin şekilde yüksek antisosyal kişilik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu özellikleri sergiledikleri görülmüştür. Partnerine şiddet uygulayan erkekler, daha antisosyal ve duygusal olarak daha dengesizdirler (111).

İlişki özellikleri ve diğer risk faktörleri:

Şiddet içeren ilişkiler şiddet içermeyen ilişkilere göre tipik olarak daha stresli, daha çatışmalı ve daha negatif etkileşimlerle karakterizedir. Bu gibi şiddet içeren ilişkilerde eşler birbirlerine karşı daha hoşnutsuzdular (107).

Çocukluk yıllarında aile içi şiddete hem maruz kalmak hem de tanıklık etmek eşe yönelik şiddette ve şiddetin kuşaklararası aktarımında önemli bir risk faktörüdür. Çocuklukta babalarının şiddetine tanıklık eden erkekler, önceden marital şiddete maruz kalmayanlara göre muhtemelen on kat daha fazla yakınlarını kötüye kullanmaktadırlar. Aile içi şiddete tanıklık etmek bütün çocukluk yılları boyunca korunmasızlık hissini belirgin şekilde artırır. Yine de çocukluk yıllarında aile içi şiddete tanıklık etmeye verilen cevap yolu cinsiyetler arasında değişiklik gösterir. Kadınlar saldırıya karşı korkulu olmaya yönelirken, erkekler saldırıdan dolayı korkmuş hissederler ve buna rağmen saldırganla özdeşim davranışlarını gösterirler (87, 107).

Aile İçi Şiddetin Etkileri

Aile içi şiddetin hem şiddete maruz kalan hem de şiddet uygulayan üzerinde çok çeşitli etkileri olabilmektedir. Şiddet, ilişkili kişiler için, hem erken dönemde hem de uzun dönemde değişik sağlık sorunlarıyla sonuçlanmaktadır (2). Birey üzerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak ikincil etkileri olabilmektedir.

Fiziksel Etkiler

Daha çok fiziksel şiddetin uygulanması durumlarında görülür. Vücudun çeşitli bölgelerinde oluşan yara, bereler, morluklar, şişmeler, sıyrıklar, kesiler, kanamalar, yanıklar, kırıklar, göz ve beyin yaralanmaları, iç organ yaralanmaları, bütün bunların sonucunda gelişen çeşitli hastalıklar, kalıcı sakatlanmalar ve ölüm meydana gelmesi fiziksel etkiler olarak sayılabilir. Şiddet, ölüm ve kalıcı sakatlıklara varan zedelenmeler ve yaralanmalara yol açabilmektedir. Erkeklerin saldırısı yüzünden yaralanma, kadınların saldırısı yüzünden yaralanmaya oranla yaklaşık 7 kat daha fazladır (87). Bununla birlikte, yaralanma gibi partner istismarının fiziksel sonuçları en yaygın durum değildir. Daha yaygın olarak sıklıkla, irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, gastrointestinal hastalıklar ve değişik kronik ağrı sendromları gibi tıbbi sebebi tanımlanamayan “işlevsel bozukluğu” olan hastaların varlığından bahsedilmektedir (2).

Çalışmalarda fiziksel ya da cinsel istismar öyküsüyle bu gibi bozuklukların ilişkisi gösterilmiştir. Kontrol grubunun da olduğu bir çalışmada, fiziksel ve cinsel istismara uğrayan

kadınlarda %50 ile %70 arasında jinekolojik, merkezi sinir sistemi ve stresle ilişkili sorunlarda artış olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, kadınların %61'i sadece fiziksel istismar, %6'sı sadece cinsel istismar, %33'ü ise fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. İstismara maruz kalan kadınlarda baş ağrısı, sırt ağrısı, cinsel geçişli hastalık, vajinal kanama, vajinal enfeksiyon, pelvik ağrı, ağrılı ilişki, üriner sistem enfeksiyonu, iştahsızlık, karın ağrısı ve sindirim problemi daha fazla saptanmıştır (13). Önemli bir epidemiyolojik çalışma, çocuklukta kötüye kullanım ile fiziksel bozuklukların ilişkisini vurgulamıştır. Goodwin ve Stein, çocuklukta fiziksel istismarın akciğer hastalığı, peptik ülser ve artrit hastalık riskinin artması ile; cinsel istismarın kalp hastalıkları riskinin artması ile; ihmalin diyabet ve otoimmün hastalık riskinin artması ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (112).

Çocuklukta istismar ve ihmalin yetişkinlikteki olumsuz sağlık sonuçları ile bağlantısını sağlayan özgün yollar bilinmemektedir. Ancak akla yatkın açıklamalar arasında kronik stresin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisi, immün sistemin bozulması ve/veya nörolojik işlev değişiklikleri (örn. Hipotalamo-hipofizer- adrenal eksen) bulunmaktadır (113).

Ruhsal Etkiler

Aile içi şiddetle karşılaşan bireylerin psikolojik bozukluklar geliştirme açısından daha büyük tehlike altında oldukları bilinmektedir. Aile şiddet mağdurları, saldırganları ile yasal, ekonomik ve rol ilişkileri içindedir. Eğer saldırgan, mağdurun sevdiği, güvendiği, bağlı olduğu biriye, aile içi kötüye kullanımın mağduru olan kadın ya da erkek, karar verme süreçlerinde saldırgana artmış bağımlılık ve felce uğramış şekilde yanıt verme eğiliminde olmaktadır. Bu yüzden mağdurlar, şiddete uygun bir şekilde yanıt verme güçlerini kullanamamaktadırlar. Bilhassa kendilerini korunmasız, ihanete uğramış ve umutsuz hissetmektedirler (87). Dövülen birey bu dönemde çaresizliği öğrenmektedir. Kendini küçük ve önemsiz görme, sosyal hayattan uzaklaşma, korku, utanma, kendine karşı duyduğu güveni ve saygıyı kaybetme gibi etkiler görülmektedir.

Saldırı sırasında, kişinin birincil hedefi hayatta kalmak ve kendini korumak olmaktadır. Mağdur tarafından öznel olarak şok, konfüzyon, uyuşukluk, geri çekilme gibi deneyimler yaşanır. Saldırı sırasında bazı mağdurlar, şiddetli bir dirençle karşı koyarlar, oysa bazıları dissosiyasyon olur veya hiç savunma göstermeyebilirler. Çok uzamış bir kötüye kullanım mağduru, muhtemelen daha fazla uyuşukluk ve dissosiyasyon şeklinde yanıt verir. Çoğunlukla depresyon ve özkıym eğiliminde olurlar (87).

Aile içi şiddet, fiziksel yaralanmalar ve uzun vadeli etkilerine ek olarak, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, intihar düşüncesi ve madde kötüye kullanımı (113), işlevsel belirtiler (13) ve psikotik belirtilerin şiddetlenmesini de (115) içeren ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur. Daha önce var olan ruhsal sağlık sorunları güvenli olmayan çevreye ve ilişkilere yol açabilmekte, şiddete karşı tepki biçimlerini ve kırılğan etkilerin ortaya çıkma olasılığını etkilemektedir. Diğer taraftan, verilerin prospektif analizinde, daha önceki ruhsal sağlık bozuklukların varlığıyla müteakip istismar ilişkileri arasındaki bağlantının yanında, kadınlarda devam eden istismar ilişkisinin sonraki psikiyatrik morbidite riskini artırdığı görülmüştür (14). Sistematik bir çalışmanın verilerinde, zamanla istismarın kesilmesiyle depresyon hızında azalma olduğu ve istismarın süresi ya da şiddetinin, depresyonun süresi ya da sıklığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (114).

Bu yüzden kanıtlar aile içi şiddetle psikiyatrik bozukluklar arasında her iki yönlü sebepsel bir ilişkiyi desteklemektedir: Psikiyatrik hastalıklar bir kadını aile içi şiddete karşı savunmasız hale getirebilir ve aile içi şiddet ruhsal sağlığı zedeleyebilir (4).

Bosna Hersek'te psikiyatrik hastaların da olduğu üç kadın grubu üzerinde yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin sıklığı psikiyatrik hastalar arasında yüksek bulunmuştur (%78.3). Aile içi şiddeti mağdurlarının genel nörotisizm, hassasiyet, depresyon, somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, anksiyete ve paranoid eğilimleri istismara uğramayan kadınlara göre yüksek oranda saptanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarının sıklığı travmanın tiplerine bağlı olarak kadınlarda yüksek oranlarda saptanmıştır. Bu oranlar, çocukluk çağı istismarı (8/11) ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınlarda (53/67), savaş travması deneyimi (26/57) ve sevdiği birini kaybeden (24/83) kadınlardan daha fazla bildirilmiştir. Bu psikiyatrik hastaların (104) çoğunluğunu depresyon ek tanısı olan TSSB hastaları (45) oluşturmuştur. Depresyonu (17) takiben dissosiyatif bozukluklar (13), psikotik bozukluklar (7) ve sınır kişilik bozukluğu (7) saptanmıştır (116).

TSSB yakın eş şiddetine maruz kalan kadınların %31 ile %84'ünde meydana gelmektedir (117). Yüksek TSSB oranları, cinsel ve fiziksel eş şiddetine birlikte maruz kalanlarla kıyaslandığında, yalnızca fiziksel eş şiddetine maruz kalanlardan daha fazla görülmektedir. Fiziksel saldırıdan sonra yaklaşık olarak mağdurların ¼'ünde, tecavüz sonrası ise %70 oranında TSSB ortaya çıkmaktadır (87). Ayrıca, şiddet sıklığının ve şiddetinin büyük olması TSSB için yüksek bir risk yaratmaktadır. Eş şiddetine maruz kalan kurbanlar arasında TSSB sıklığının yüksek olması, şiddet ve fiziksel sağlık belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılmasında anahtar bir faktör olabilmektedir.

Şiddet mağdurları objektif durumlarını değiştirmekten ziyade, sıklıkla duygularını uzak tutmayı sağlayan başa çıkma yöntemlerini geliştirirler. Başa çıkma odaklı duygu, bazen kişileri alkol ve madde bağımlılığı için korunmasız hale getirebilmektedir. Araştırmalar, yeni saldırıların kadınlarda önemli oranda alkol ve madde kullanımı ile sonuçlandığını göstermektedir (87).

Fiziksel istismar birçok kişilerarası, bilişsel, duygusal ve davranışsal sorun, madde kötüye kullanımı ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkilidir. Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir. Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmaktadır. Bu çocuklarda kontrollere göre daha yüksek oranda davranış bozukluğu ve karşı olma, karşı gelme bozukluğu görülmektedir (71).

Dissosiyatif belirtilerin çocukluktaki cinsel ve fiziksel istismarla ilişkili olduğu bildiren birçok çalışma vardır. Ayrıca hem fiziksel hem de cinsel istismara uğrayanlarda tek bir istismara uğramış olanlara göre anlamlı biçimde daha fazla dissosiyasyon tespit edilmiştir (118, 119). Bir çalışmada dissosiyatif belirtilerin en sık eşlik ettiği istismar tipinin cinsel istismar olduğu ve bunu fiziksel istismarın takip ettiği belirtilmektedir (120) .

Çocuklar şiddetin doğrudan kurbanı olmasalar bile, aile içi şiddete çocuklar sıklıkla tanık olmaktadır. Ve bu durum çocukların bilişsel ve duygusal gelişiminde, psikososyal işlevlerinde ve uzun dönem ruhsal sağlıklarında önemli yıkımlarla ilişkili bulunmuştur (121).

Sosyal ve İkincil Etkiler

Öte yandan, özellikle toplum için önem taşıyan ve şiddetle karşılaşanlar açısından oluşan diğer bir önemli etki de, namus uğruna aile içi şiddetle karşılaşmış olan kadınların veya cinsel şiddete uğrayan çocukların, toplum tarafından dışlanması, istenmemesi; bu kişilere, kirletilmiş, işe yaramaz gözüyle bakılması; bu kişilerin toplum içine kabul edilmeyerek yalnızlığa itilmeleridir. Koca, erkek egemen toplumun genelindeki anlayışa koştur olarak, belli davranış normları oluşturup bir namus çerçevesi çizmekte, kadının ve çocukların bu çerçevenin dışında çıkmalarını hoş görmemektedir. Bu temelde şiddetin kullanımını da meşrulaştırmaktadır. Kadınlar ise çoğunlukla bu güç ilişkisini kabul ederek, bir anlamda şiddetin yeniden üretilmesine yardımcı olmaktadır (61).

İkincil mağduriyetler aile, arkadaş, meslektaş ve işverenin sebep olduğu aşağıdaki yollarla ortaya çıkan durumları kapsamaktadır (87).

- *Kuşku ve inkar.* Mağdurların olayla ilgili anlatım ve detaylarına inanılmaz.
- *Tasvip etmemek.* Olayın önemi ve sonuçları yetersiz şekilde anlaşılır ve küçümsenir.
- *Mağduru kınamak.* Olayın sorumluluğu mağdura atfedilir.
- *Damgalama:* Travmatik olayın mağduru için psikolojik sonuçları ilişkilendirme yargısına varılmıştır; yaşanan belirtilerle alay etmek veya belirtilerin kaytarmak veya dikkati çekmek veya sempati kazanmaktan doğduğu kanısı.

Aile İçi Şiddet Kuramları

Şiddetle karşılaşan bireylerin bu ilişkiyi niçin sürdürdükleri ve bazı bireylerin niçin şiddet kullandıkları sorularına ilişkin farklı kuramlar geliştirilmiştir (2, 61, 67, 86, 122).

Psikopatoloji Kuramı:

Ruhsal hastalığı olan olan kişiler ruhsal sağlık sorunları olmayan kişilere göre daha fazla şiddet gösterme eğilimindedir. Ağır ruhsal hastalık sıklıkla algıyı bozmakta, şüpheyi artırmakta ve beraberinde aşırı duygusallık ve impuls kontrolünde yetersizlik ortaya çıkmaktadır. Şiddet kullanan bireyin ruhsal sorunlarının olması onu saldırganlığa itebilir ve öfkesini eş veya çocuklarına yöneltebilir.

Sosyal Öğrenme Kuramı:

İnsanlar çocukluktan başlayarak yaşam boyu öğrenme yollarını kullanarak, bilerek ya da bilmeden saldırgan davranışlara ve şiddet eylemlerine özgü kalıpları öğrenirler. Sosyal öğrenme kuramı, şiddetin çocuklukta öğrenildiğini ve kuşaklar arası geçiş olduğunu savunmaktadır. Kurama göre; ailesinde şiddeti gören veya yaşayan çocuk şiddeti öğrenmekte ve içselleştirmektedir. Şiddetin yaşandığı ailelerin çocukları, anne - babalarının davranışlarını öğrenip uygulamaya eğilimlidirler. Ailede yaşanan olumsuzluklarla çocuk ve gençlerin şiddet eğilimleri arasında ilişki vardır. Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların çoğu, büyüdüklerinde şiddet uygulayan eşlere ya da ana babalara dönüşmeseler de, şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır. Aile içi şiddet ortamında yetişen erkek çocuk öğrendiği şiddeti ileride eşine veya çocuklarına uygulayabilmekte, kız çocuk ise baba evinde gördüğü ve içselleştirdiği şiddeti kocası ile yaşadığında olağan karşılamaktadır. Aile içi şiddet ortamında yetişen kadın için şiddete katlanma cinsiyet rolünün bir parçası olarak algılanmaktadır.

Kaynak Kuramı:

Aile içi şiddetin kaynağı teorisi, aile de dahil olmak üzere bütün sosyal sistemlerin belli bir derecede güce veya güç tehdidine dayandığını varsayar. Ev ortamında erkek, ekonomik ve sosyal açıdan kendisini güçlü hissediyorsa şiddet uygulamamaktadır. Tam tersine, eşler arasındaki statü farkı kadının lehine ise erkek evde şiddet uygulayıcısı olabilmektedir. Çevresel faktörlerden ekonomik stres, iş stresi ve işsizlik aile içinde erkek eşin kendini güçsüz hissetmesine yol açmakta ve şiddet davranışı göstermesine sebep olmaktadır.

Değişim Kuramı:

Aile içi şiddet kullanımında fayda maliyet ilişkisi olduğu savunulmaktadır. Şiddet kullanımının maliyeti faydadan daha ağır basıyorsa şiddet oluşmamaktadır. Şiddetin yararı bir insan üzerinde güç kullanabilme, maliyeti ise şiddet kullanma sonunda oluşabilecek toplum dışına itilme, polis müdahalesi ve cezalandırmadır. Kişi bu sonuçlara katlanmayı göze alıyorsa kurbanı uyguladığı şiddeti devam ettirmekte, eğer bunun toplumsal sonuçlarına katlanamıyorsa bu davranıştan vazgeçmektedir.

Sosyal Yalıtım Kuramı:

Çocuğa ve eşe yönelik şiddet uygulanan ailelerde daha fazla sosyal yalıtıma rastlanmıştır. Kötüye kullanan tarafından kurbanın izolasyonu sağlanmakta, sosyal yada rekreasyonel aktivitelere katılmasına izin verilmemektedir.

Kültür Kuramı:

Birçok toplumda kadına ve çocuğa yönelik ilkel, çağdışı uygulamalar, geleneksel kültürün öğeleri olarak devam etmektedir. Toplum düzeyinde, bütün dünyada yapılan çalışmalar kadına karşı şiddetin cinsiyet rollerinin katı bir şekilde tanımlandığı ve bunun için baskının yapıldığı ve erkekliğin sertlik, erkeklik gururu ya da egemen olma ile bağdaştırıldığı yerlerde en yaygın şekilde görüldüğünü ortaya koymuştur. İstismara zemin hazırlayan diğer kültürel normlar arasında kadınların ve çocukların fiziksel istismarına izin verme, kişiler arası uyuşmazlıkların çözümünde şiddeti bir araç olarak kabul etme ve erkeğin kadın üzerinde bir "sahiplik" hakkı olduğunu kabul etme yer almaktadır. Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, şiddet kullanımı toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme

geldiğinde, o davranışın şiddet olarak algılanıp tanımlanması da oldukça güç olmaktadır (Örneğin, çocuğun daha iyi eğitilmesi için birkaç tokatla cezalandırılması gibi). Aile ve ilişkiler düzeyinde, kültürler arası çatışmaların; aile içinde servetin ve karar verme yetkisinin erkeğin kontrolünde olmasının ve eşler arasındaki uyuşmazlığın, istismarın kuvvetli bir sebebi olduğunu göstermektedir. Yaşanılan bölge düzeyinde, erkeğin şiddet göstermesini meşru kılan ve ona göz yuman erkek arkadaş grupları da işin içine katıldığında, kadının yalıtımını ve sosyal destekten yoksun olması büyük boyutlarda şiddet yaşanmasına zemin hazırlamaktadır.

Ekolojik Model

Şiddet bireysel, ailesel, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin kompleks etkileşiminin sonucu ortaya çıkmaktadır. Şiddete yol açan kişisel, duruma ilişkin ve sosyokültürel faktörlerin birbirleriyle olan ilişkilerini açıklamak için "ekolojik model" ileri sürülmüştür. Ekolojik yaklaşım, hiçbir faktörün tek başına şiddete sebep olmadığını fakat bir dizi faktörün bir araya gelip belli bir bölgedeki belli bir bireyin şiddet uygulama riskini arttıracaklarını ortaya koymaktadır. Bu model, insan davranışlarını etkileyen faktörlerin analizine olanak veren ve şiddet eyleminin kurbanı ya da saldırganı haline gelme ihtimalini artıran faktörleri dört düzey içinde sınıflandırmaktadır (Şekil 6).

- İlk düzey biyolojik ve kişisel faktörleri tanımlamaktadır.
- İkinci düzey eşler, öteki aile üyeleri ve yakın arkadaşlar arasındaki yakın ilişkileri içerir.
- Üçüncü düzey okul, işyeri ve çevre gibi sosyal ilişkilerin içinde geliştiği toplum bağlamını inceler.
- Dördüncü düzey ise toplumun yapısıyla ilgili genel faktörleri ele alır.



Şekil 6. Ekolojik model

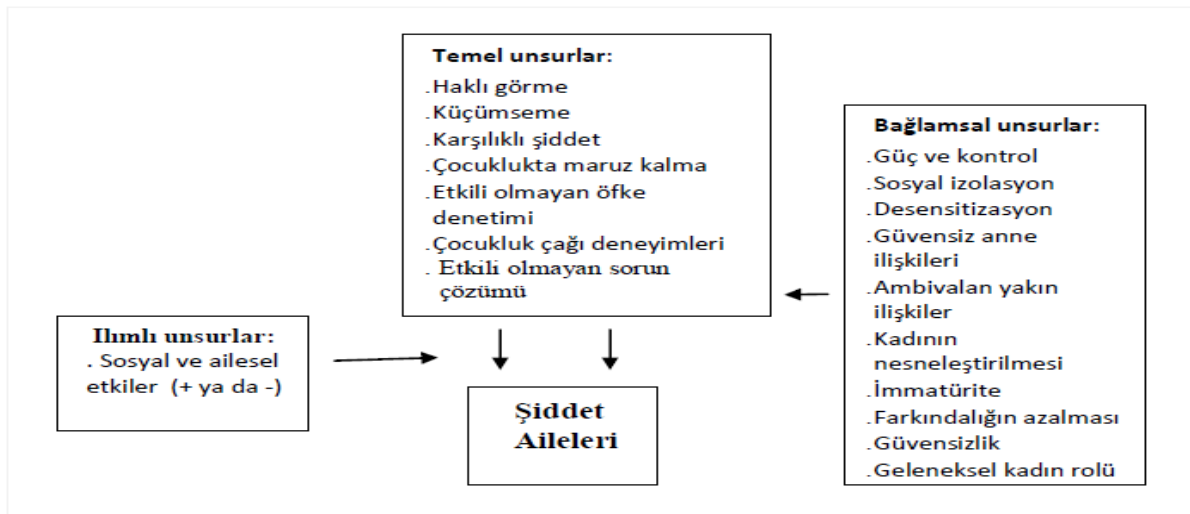
Şiddet Aile Paradigması

Yakın partner şiddetine ilişkin en kabul gören bakış açısı, kurban ve saldırganın birbirinden kesin hatlarla ayrıldığı bakış açısıdır. Bu kurban odaklı bakış sebebiyle, öneriler ve araştırmalar çoğunlukla yakın partner şiddetinin kadın kurbanlarına odaklanmıştır. Şiddet Aile Paradigması, şiddetin birbirinden ayrı bir kadın kurbanı ve bir erkek saldırganı olmasına odaklanma yerine, aile şiddetine doğru bir paradigma kaymasını temsil eder. İlginin yöneldiği fenomen artık özel partner şiddetinin kurbanı veya şiddet uygulayan kişi değil, topyekün olarak ailedir.

Bu modelde, aile şiddetinin temel unsurları şiddeti mazur görmek, şiddeti küçümsemek, çocukluk çağında şiddete maruz kalmak, çocukluk çağında şiddet deneyimi, etkili olmayan öfke yönetimi, etkili olmayan çatışma çözümüdür. Temel unsurlar, aile şiddetinin gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunan unsurlar olarak düşünülebilir.

Model için ılımlı unsurlar sosyal ve ailesel etkilerdir. Sosyal ve ailesel etkilerin rolü şiddeti hem güçlendirerek hem de azaltarak hizmet eder.

Bağlamsal unsurlar güç ve kontrol, sosyal izolasyon, desensitizasyon, anneyle güvensiz ilişkiler, şiddetin özel bir sorun olduğu inancı, ambivalan yakın ilişkiler, kadının nesneleştirilmesi, immatürite, şiddetin meydana gelişi hakkında farkındalığın azalması, güvensizlik, kıskançlık, kadın rolünün geleneksel görünümü ve mali sorunlardır. Bağlamsal unsurlar aile şiddetine muhtemelen doğrudan katkıda bulunmamaktadır, fakat şiddetle ilişkili olabilmektedir. Daha doğrusu, bağlamsal unsurlar şiddet gelişiminde temel unsurlardaki koşulları şiddetlendirebilir.



Şekil 7. Şiddet Aile Paradigması

Şiddet Döngüsü

L. Walker'a göre eşler arasındaki şiddet bir döngü içinde gerçekleşmektedir. Bu döngü üç evreden oluşmaktadır (123).

İlk dönemde, eşler arasındaki gerilim giderek artar ve kadın durumun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla erkeği sınırlandırmamaya, isteklerini yerine getirmeye çalışır. Bu uysal tavır, erkeğe güçlü ve istediği şekilde davranmaya hakkı olduğunu düşündürür. Küçük fiziksel ve sözlü saldırılar vardır. Bu dönem her ilişkide farklı olmak üzere, birkaç gün veya yıl sürebilir.

İkinci dönemde, erkek saldırganlaşır ve kadını mantıksız birçok sebepten dolayı hırpalır. Erkeğin sözünü tutmama, yemeğin vaktinde hazır olmaması, ev ve çocuklarla yeterince ilgilenmeme, kocaya kız arkadaşları ve para ile ilgili sorular sorma, kocanın izni olmadan bir yere gitme, erkeğin cinsel isteklerini reddetme, kadının sadakatine duyulan güvensizlik gibi sebeplerle yaşanan bir artmış gerilim, suçlama ve tartışma süreci arkasından gelen dayak aşaması vardır.

Patlama sürecinin arkasından üçüncü evre olan balayı dönemi adı verilen sakin dönem gelir. Bu dönemin süresi zaman içinde kısalma eğilimindedir. Erkeğin şiddeti inkar etme, içkili olmaya bağlaması söz konusudur. Erkek bu dönemde üzgün olduğunu ve bir daha asla tekrarlanmayacağına, değişeceğine dair söz vermektedir. Bu döngü birçok kadının kendilerini döven erkeklerle niçin yaşamaya devam ettiğini açıklamaktadır. Kadın, partnerinin değişeceğine ve bunun gerçekten son olduğuna inanmak isteyecektir ama araştırmacılar bu tür ilişkilerin çok nadiren kendi kendine düzelebileceğini söylemektedirler (124, 125).

Öğrenilmiş çaresizlik

Şiddeti daha önce aralıklarla ya da sürekli yaşayan kadın bunu durdurmak için kendince çarelere başvurur. Birçok durum karşısında ne yapacağını bilen kadın, başka seçeneği olmadığına inandığı zaman, rahatsız olduğu ortamdan kaçmak yerine, farklı başa çıkma yolları arayacaktır. Maruz kaldığı bu tehditler sonucunda, cezaya gerekçe hazırlamamak için, daha fazla kışkırtıcı davranışlarda bulunmamak üzere, kızgınlığını ve saldırganlığını kontrol etmeye çalışır. Evin düzenini sağlar, çocukları kontrol eder ve şiddetin patlamasına sebep olabilecek her şeyi önlemeye çalışır. Ancak çoğu kez bu tepki uygunsuz olmakta ve kendini korumaya yetecek gücü olduğu halde, bireyin sinmesine ve durumu çaresizce kabullenmesine yol açmaktadır (61).

Kendi başına bir sorumluluk almanın, aile içi karar vermenin ona uygun olmadığı öğretilen kadının içselleştirdiği şiddeti tanımadaki engeller şu şekilde olmaktadır.

- Şiddetin olağanlaştırılması
- Şiddete kör kalınması
- Hep yarın, yakında duracak beklentisi veya hayalleri
- “Ben nasılsa durdurmayı beceremem, çaresiz ve beceriksizim” yargısı
- Şiddetin kesik kesik gelmesi, ara verilen devrede yok sayılmasının kolay olması.

Şiddetin Kuşaktan Kuşağa Aktarılması

Şiddet sorununun can alıcı noktalarından bir diğeri, kuşaktan kuşağa aktarılma özelliğidir. Çocuklukta aile içi şiddete maruz kalanların ya da tanık olanların kendi yetişkinlik ailelerinde şiddeti daha yüksek oranda olduğunu belirleyen çalışmalar vardır (9, 15, 16, 18). Kuşaktan kuşağa aktarılan, her zaman basitçe şiddetin kendisi değil, bu durumu çevreleyen duygusal atmosferdir. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları, kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir. Şiddet ve ihmal sonucu oluşan intrapsişik yapı, çoğu kez yine çeşitli biçimleriyle şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağıdır (126).

Aile içi şiddet uygulayanların büyük bölümünün, kendisi doğrudan şiddet gören çocuklar arasından değil, ana babaları arasındaki şiddete tanık olanlardan çıktığı düşünülmektedir (127). Çocuk için özdeşim nesnesi olan biri (örneğin baba), aile içinden bir başkasına, yineleyici biçimde şiddet uyguluyorsa, çocuğun saldırganla özdeşimi, doğrudan şiddete maruz kalan çocuğun özdeşiminden daha kolay olabilmektedir.

Kuşaklararası saldırganlık döngüsü

Fonagy ve Target (1995) çocuklukta fiziksel ve duygusal kötüye kullanımın nasıl saldırganlığa yol açtığına dair bir model sunmaktadırlar. Bu model, hem saldırganlık döngüsünü, hem de şiddetin cinsiyete bağlı doğasını kısmen aydınlatıcı bilgiler vermektedir (126, 128).

Fonagy ve Target fiziksel ve duygusal kötüye kullanıma uğrayan çocuklarda dört basamaklı bir olgudan söz ederler:

- “Psikolojik kendilik” gelişiminde bozukluk ve kendini güvende hissedememe
- Saldırganlık
- Kendini ifade etme ile saldırganlığın eş hale gelmesi
- Saldırganlığın ketlenmesinde azalma

Birinci basamak: Bu modele göre, bir çocuğun ‘zihin kuramı’ yani insan davranışının zihinsel altyapısını kavrayışı, ana babasının psikolojik dünyasını algılamasıyla bağlantılıdır. Ana baba çocuğun bağlanma nesneleridir. Çocuk, onların psikolojik dünyasının farkına giderek daha çok varır. İşte normal psikolojik kendiliğin gelişmesi, böyle bir sürecin sonucunda olur. Buna koştut olarak, annenin (birincil bakıcının), çocuğu psikolojik bir varlık olarak kurgulayabilmesi ve bunu ona hissettirebilmesi gerekir. Yani çocuk annenin gözünde, düşünceleri, duyguları, inançları ve arzuları olan, davranışları bunlarla belirlenen bir varlık olabilmelidir. Çocuk büyüdükçe, giderek bunun daha çok farkına varacak ve bu durumu içselleştirecektir. Fiziksel ve duygusal kötüye kullanıma uğrayan çocuklarda ise, gelişim için gerekli olan bu nesneler arası öznel yaşantı (intersubjektif yaşantı) eksiktir. Bu eksiklik başka şeylerle doldurulur. Her çocuk, kendine göre bu eksikliği başka şeylerle doldurur, uyum sağlayabilmek için, kendine göre intrapsişik uzlaşmalar yapar (compromise formation). Psikolojik kendilik kırılgan kalır. Çünkü kendiliğin bu bölümüne zemin hazırlayan düşünceli olma, karşısındakinin duygu ve düşüncelerini dikkate alma süreci (reflective process) yetersizdir. Ana baba olarak tutarlı ve sürekli biçimde, düşünceli/anlayışlı bir tutum sergilemek bir yana, anne ya da babanın çocuk hakkındaki düşünceleri, sıklıkla iyi niyetten yoksundur, hatta dayak gibi kötü niyetler içermektedir. Çocuk, nesnesinin yani ana babasının kendi hakkında ne düşündüğünü kavramaya çalışırken, kendisini güvende hissetmemektedir. Bu durum tekrarlandıkça, çocuk insanlarla ilişkisinde kendisini güvende hissetmez olur. İleride bu duygular, yaşanan zaman diliminin gerçeğine uymasa da, kolayca tetiklenecektir. İşte o zaman, geçmişe ait güvensizlik duyguları bugünün tepkilerini belirleyecektir.

İkinci basamak: İkinci adım saldırganlığın devreye girmesidir. Kırılgan psikolojik kendilik, nesnenin varsayılan düşmanlığına (hostilitesine) karşı kendisini korumak istemektedir.

Üçüncü basamak: Kendini ifade etme ve saldırganlık arasında patolojik bir birleşme (füzyon) oluşmasıdır. İkisi birbiriyle o kadar sık bağlantılandırılır ki, kendini ifade etme ile saldırganlık eş hale gelir.

Dördüncü basamak: Başkalarının duygu ve düşüncelerini dikkate alabilme ve eş duyum yapabilmedeki yetersizlik, saldırganlığın engellenmesini de azaltır. Çünkü artık kişi için kurban, düşünceden, duygudan ve gerçek acı çekme yetisinden yoksun biri haline gelmiştir. Kişi, en azından o sırada, karşısındakinin ruhsal durumunu kurgulayamamakta, göz önüne alamamakta, davranışını buna göre ayarlayamamaktadır. Böylece şiddetin kapısı açılmış olmaktadır.

Zeanah ve Zeanah (1989) bağlanma kuramıyla ilgili çalışmalarıyla şiddetin kuşaklararası geçişinin temelinde olan öznel deneyimleri araştırmışlardır. Sonuç olarak şiddet ilişkilerinde güvensiz bağlanmada üç düzenleyici temayı ileri sürmüşlerdir (129, 130).

- Ebeveyn reddi
- Rolün tersine dönmesi
- Korku

Ebeveyn reddi, anne baba uzaklığı ve ayırma ile karakterizedir. Çocukların ebeveynlerinden uzaklığı ve ayrılığı, ebeveynlerden rahatlık aramaya çalışma ancak bu rahatlılığı bulamamak olarak tanımlanır. Bir savunma olarak reddedilen çocuklar, hazırlıklı olmadan onların ebeveynlerinden başka taraflara yönelirler ve bağımsızlaşırlar. Bir erişkin olarak onların çocukluk çağında geliştirdikleri içsel çalışma modelleri onların yakın partnerlerine karşı saygısız olmalarına yol açabilir. Ebeveynler olarak, güvensizce bağlanan erişkinler kendi çocuklarının bağlanma teşebbüslerini sözlü olarak saldırgan davranışlarla geri çevirebilirler. Böylece kuşaklararası şiddet döngüsü tekrarlamış olur.

Şiddetin kuşaklararası aktarımının temelini oluşturan ikinci tema rollerin tersine dönmesidir. Rolün tersine dönmesi, ebeveynin kendi iyilik halinin çocuğun iyilik halinin üzerinde tutulduğu ve önde geldiği zaman meydana gelmektedir. Psikolojik olarak tehlikeli ebeveynler, çocuklarına duygusal olarak uzak olanlarıdır. Çocuk, ebeveyni başarısızca memnun etmeye çabalarken kafası karışmaktadır. Ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynin ihtiyaçlarına karşı çocuğun kendi ihtiyaçlarını arka plana atmasına yol açmakta ve bu durum çocuk için bir yük olmaktadır. Çocukluk çağında rolün tersine dönmesini yaşayan erişkinler, çocuklarına karşı hem aşırı koruyucu bir eğilime hem de onların beklentilerini karşılamadığı zaman sinirlenip etrafa saldırma eğilimine sahip olabilirler.

Diğer bir tema olan korku, diğer iki düzeneğe göre daha az tanımlanabilmiştir. Bu çocukların ebeveynleri kayıptan dolayı çözülmemiş travmaları ya da mental hastalıkları olabilir. Ebeveynler çocuklarına yönelik korkutucu yöntemlerle davranabilir ve çocuklar da erişkinlikte devam eden uygunsuz yanıtlar geliştirebilirler.

Sonuç olarak bireyler arası şiddetin bir parçası olan aile içi şiddet çocuk, eş ve yaşlıya yönelik şiddet olarak üçe ayrılmaktadır. Aile içi şiddet fiziksel, cinsel, duygusal/psikolojik ve ihmal/yoksunluk biçimleri altında ortaya çıkabilmektedir. Bu şiddet biçimlerinden fiziksel şiddet, birçok olumsuz etkisinin yanında kişinin hayatını tehlikeye sokması açısından önemlidir. Kişinin fizik bütünlüğüne yönelik tehdidine ek olarak bilişsel,

davranışsal, gelişimsel, sosyal ve ruhsal etkileri vardır. Geniş etkilerinin yanında genellikle ev içinde gizli olarak kalması sorunu daha önemli hale getirmekte ve bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Hem klinik hem alan çalışmalarında yaygınlığı değişken olmakla birlikte sık görülmektedir. Aile içi şiddet her yaşta, eğitim düzeyinde ve sosyoekonomik düzeyde olmasına karşın; genç yaş, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, daha önce şiddete tanıklık etme ya da maruz kalma, aynı kişiye daha önce şiddet uygulama, bazı psikolojik özellikler, kişilik bozuklukları, özellikle alkol ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal sorunların varlığı ve geleneksel cinsiyet modellerinin şiddeti desteklemesi gibi sosyal faktörler temel risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Farklı disiplinler aile içi şiddetle ilgili çeşitli kuramlar geliştirmişlerdir. Şiddet sadece meydana geldiği kuşakla sınırlı kalmayıp kuşaklararası aktarılacak daha sonraki kuşakların şiddet davranışını etkilemektedir. Tüm bu yönleriyle ele alındığında aile içi şiddet üzerinde yoğunca durulması gerekmektedir.

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

Çalışma örneklemi:

Çalışma grupları, Ocak–Mart 2010 tarihleri arasında, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne muayene amaçlı ayaktan başvuranlar ve hasta yakınlarından oluşturuldu. Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmaya kişiler ardışık olacak şekilde seçildi. Psikiyatrik muayene amaçlı başvurusu olanlardan seçilen çalışma grubuyla, hasta yakınlarından oluşan kontrol grubu olmak üzere iki grup oluşturuldu. Çalışma grubu (I. Grup) psikiyatri tedavi ünitesine dahil etme ölçütlerini karşılayan 88 erkek katılımcıdan, kontrol grubu (II. Grup) ise psikiyatri ünitesine ayaktan başvuran hastalara refakat eden 46 kişilik erkek katılımcıdan oluşturuldu.

Her iki gruba sırasıyla SCID-I (DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu), Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu uygulandı.

Çalışma için etik kurul onayı alındı. Tüm görüşmeler tek bir hekim tarafından gerçekleştirildi. Her hasta bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra özel bir odada görüşmeye alındı.

Dahil etme ölçütleri:

1. 18-65 yaşlar arası evli erkek hastalar
2. Türkçe okuma ve yazma yeterliliği olan hastalardan eğitim durumu ölçeği anlamaya ve yanıtlamaya uygun olanlar

Dışlama ölçütleri:

1. Birlikte var olan mental retardasyon, primer demans ya da diğer şiddetli organik hastalıklar, testleri güvenilir bir şekilde dolduramayacak kadar konfüze, ajite ve açık bir şekilde psikotik olan hastalar
2. Kontrol grubu katılımcıları için daha önce psikiyatrik başvurularının olması

Araçlar

DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I):

First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlanarak güvenilirlik çalışması yapılmış, DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur (131, 132).

Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu Bölüm I-II:

Ö Doğanavşargil ve I Vahip tarafından geliştirilmiş (2007) sosyodemografik veriler, aile yapısı ve aile içi fiziksel şiddeti üç kuşak için ayrıntılı olarak sorgulayan, iki bölümden oluşan, klinisyen tarafından doldurulan, yarı yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Görüşme Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik özellikler ve aile yapısına yönelik soruları kapsarken, ikinci bölümde fiziksel şiddete odaklanan sorulara yer verilmektedir. Klinik görüşmede kültüre ait özelliklerin belirlenmesi için aile yapısı, sosyal çevre ve şiddete ilişkin görüşler ayrıntılarıyla sorulmaktadır ve aile içi fiziksel şiddet yalnızca şimdiki ilişkide değil, bir önceki ve bir sonraki kuşak da dahil olmak üzere üç kuşakta sorgulanmaktadır. (133). Klinik görüşme formunun fiziksel eş şiddetini ölçen bölümüne, erkek saldırganlığını ölçmeye olanak verecek şekilde yazarlardan izin alınarak aşağıdaki ek sorular eklendi.

12.2^a. Kaba kuvvete ne sıklıkta başvurdunuz?

- a. Hergün, b. Haftada bir, c. Ayda bir,*
- d. İki üç ayda bir, e. Yılda bir, f. Çok nadir*

12.3^a. Kaba kuvvete ne şiddette başvurdunuz?

- a. Hafif, b. Orta, c. şiddetli, d. Çok şiddetli*

12.4^a. Kaba kuvvet nasıl ve neyle meydana geldi?

- a. Elle (Belirleyiniz: Örneğin, çimdik, tokat, yumruk, tekme vb)*
- b. Cisimle (Belirleyiniz: Örneğin, odun, sopa, maşa vb)*
- c. Silahla (Belirleyiniz)*

12.5^a. Başvurduğunuz en ciddi düzeyde kaba kuvveti düşünerek cevap veriniz.

- a. Eşinizin vücudunda iz kaldı mı?*
- b. Eşiniz ertesi gün ağrı hissetti mi?*
- c. Eşinizin hareketlerini kısıtladı mı?*

- d. *Günlük aktiviteleri yapmasını engelledi mi? (okula gitme, ödevlerini yapma, işe gitme, işini yapabilme, ev işlerini yapabilme, vb)*
- e. *Hiçbiri (Yukandakilerin hepsinden daha hafif)*

Tanımlar:

Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı:

18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir (70, 71). Çalışmamızda çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı “*Çocuk yetiştirirken dayak, kulak çekme, vurma, çimdikleme ve başka türlü kaba kuvvete başvurma toplumumuzda oldukça yaygındır. Siz çocukluğunuzda bunları hiç yaşadınız mı?*” sorusuyla araştırıldı.

Çocukluk çağı ana baba şiddetine tanıklık:

18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası arasında şiddete tanık olması ya da başkasından duyumu “*Evlilikleri süresince annenizle babanız arasında hiç kaba kuvvete şahit oldunuz mu veya bir başkasından duydunuz mu?*” sorusuyla araştırıldı.

Eş fiziksel şiddeti:

Eş fiziksel şiddeti “*Evliliğin iyi yanları yanında yaşamı paylaşmaktan gelen bazı zor tarafları da vardır. Evliliğinizde yaşanan anlaşmazlık, gerginlik durumlarında, sizinle eşiniz arasında hiç kaba kuvvet meydana geldiği oldu mu?*” sorusuyla sorgulandı. Sarsma, hırpalama, itme, çimdikleme, çizme, ısırma, tokat atma, tekmeleme, dayak atma, yakma, bireye cisimler atma, saçından tutup yerlerde sürüklenme, sopa ve odun ile dövme, ellerini kollarını bağlama, kesici delici aletlerle üzerine yürüme ve bunları kullanarak kişiyi yaralama, bıçaklama, ateşli silahlar kullanma, kişileri öldürme ya da onların fizik bütünlüğüne karşı eylemler gibi durumlar fiziksel şiddet uygulamalarıdır (67).

Kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet:

Çocuğa yönelik fiziksel şiddet sorgulanırken kendisinin çocuğa yönelik şiddetini belirlemeye imkan verecek şekilde “*Çocuğunuz söz dinlemediginde veya bir hata yaptığında hiç sizin çocuğunuza vurduğu/çimdiklediği/kulağını çektiği vb. şekilde kaba kuvvete başvurduğu oldu mu?*” sorusuyla araştırıldı.

En az bir kez fiziksel şiddet olayının gerçekleşmesi, olgu için fiziksel şiddetin varlığı olarak kabul edildi.

İstatistiksel Analiz

Verilerin özet bilgileri ortalama, standart sapma ve yüzde cinsinden sunuldu. Kategorik özelliklerin birbiri içindeki dağılımlarının kıyasında kıkare testi ve Fisher testleri uygulandı. Herhangi bir özelliğin olup olmaması açısından niceliksel bir değişkenin kıyasında ikiden fazla grup için ANOVA, iki grup için ise bağımsız gruplarda t-testi; sıralı tipte bir değişkenin kıyasında mann-whitney U testi ile değerlendirildi. Çok değişkenli istatistik olarak ikili lojistik regrasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

1. Sosyodemografik özellikler:

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri tablo 3 ve tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (sayısal değişkenler)

	Grup I n: 88		Grup II n: 46		T	p
	Ort.	SD	Ort.	SD		
Yaş	43,88	±10,82	43,08	±11,45	-0,398	0,691
Eş yaşı	40,13	±11,61	39,17	±11,03	-0,463	0,644
Evlilik yaşı	23,52	±3,89	24,89	±4,15	1,887	0,061
Evlilik süresi	20,19	±12,26	18,21	±13,41	-0,857	0,393

Tablo 4. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (kategorik değişkenler)

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Yaş grubu					-0,98		0,327 ^a
18-25	1	1,1	1	2,2			
26-35	24	27,3	16	34,8			
36-45	22	25	10	21,7			
46-55	25	28,4	13	28,3			
56-65	16	18,2	6	13			
Kendi Eğitimi					-1,892		0,058 ^a
Okuma yazma var	2	2,3	0	0			
İlkokul	52	59,1	22	47,8			
Ortaokul	12	13,6	6	13			
Lise	20	22,7	14	30,4			
Üniversite	2	2,3	4	8,7			
Eş Eğitimi					-0,271		0,787 ^a
Okuma yazma yok	6	6,8	4	8,7			
Okuma yazma var	3	3,4	1	2,2			
İlkokul	51	58	25	54,3			
Ortaokul	12	13,6	6	13			
Lise	14	15,9	9	19,6			
Üniversite	2	2,3	1	2,2			
Eşin çalışma durumu						0,366	0,545 ^b
Çalışmayan	73	83	40	87			
Çalışan	15	17	6	13			

Tablo 4'ün devamı

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Meslek						1,607	0,808 ^b
Çalışmayan	13	14,8	7	15,2			
Memur	2	2,3	3	6,5			
İşçi	27	30,7	14	30,4			
Emekli	20	22,7	10	21,7			
Serbest çalışan	26	29,5	12	26,1			
Ekonomik durum						1,511	0,219 ^b
1000 TL altı	28	31,8	10	21,7			
1000 TL ve üstü	60	68,2	36	78,3			
Doğum bölgesi						2,68	0,93 ^b
Marmara	19	21,6	12	26,1			
Ege	1	1,1	1	2,2			
Akdeniz	3	3,4	2	4,3			
Karadeniz	33	37,5	19	41,3			
İç Anadolu	13	14,8	4	8,7			
Doğu Anadolu	10	11,4	5	10,9			
Güneydoğu Anadolu	7	8	3	6,5			
Yurtdışı	2	2,3	0	0			
Göç durumu						1,991	0,369 ^b
Var	72	81,8	36	78,3			
Yok	16	18,2	9	19,6			
Misafir	0	0	1	2,2			
Ev tipi							0,664 ^c
Ev/apartman	83	94,3	45	97,8			
Gecekondu	5	5,7	1	2,2			
Ev durumu						6,471	0,091 ^b
Kendi evi	37	42	11	23,9			
Eşinin evi	9	10,2	3	6,5			
Kiralık	26	29,5	17	37			
Diğer	16	18,2	15	32,6			
Evlenme biçimi						3,277	0,07 ^b
Görücü usulü	47	53,4	17	37			
Anlaşarak	41	46,6	29	63			
Akraba evliliği						0,166	0,683 ^b
Var	22	25	13	28,3			
Yok	66	75	33	71,7			
Evlilikte kaçma							0,771 ^c
Var	10	11,4	4	8,7			
Yok	78	88,6	42	91,3			
Başlık parası						0,617	0,432 ^b
Var	16	18,2	11	23,9			
Yok	72	81,8	35	76,1			
Çocuk durumu						0,011	0,917 ^b
Var	74	84,1	39	84,8			
Yok	14	15,9	7	15,2			

p^a : p değeri Mann Whitney U Test, p^b : p değeri Chi-Square, p^c : p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Grupların değerlendirmeye alınan sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılıklar saptanmadı. Her iki grup için yaş grubu medyan değeri “36-45” yaş aralığı idi. Psikiyatrik başvuru grubunun eğitim düzeyi medyanı ilkokul mezunu iken, kontrol grubunda bu düzey ortaokul mezunu olarak bulundu. Her iki grupta eşlerin eğitim düzeyi medyanı ilkokul mezunu idi.

İki grup arasında çocuk sahibi olma oranları birbirine yakındı. Her iki grup için çocuk sayısı medyan değeri “2” , kardeş sayısı medyan değeri ise “5” idi.

Psikiyatrik tanılar:

Grupların şimdiki ve geçmişteki psikiyatrik tanı dağılımı tablo 5’te, psikiyatrik başvuru grubunun şimdiki tanılarını psikiyatrik tanı kategorilerine göre dağılımı tablo 6’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Grupların şimdiki ve geçmişteki psikiyatrik tanılarına göre karşılaştırılması

	Şimdiki					Geçmişte				
	Grup I		Grup II		p	Grup I		Grup II		P
	n	%	n	%		n	%	N	%	
Psikiyatrik tanı	74	84,1	10	21,7	<0,001	57	64,8	12	26,1	<0,001
Bipolar I bozukluk	7	8	0	0	0,095	5	5,7	0	0	0,164
Bipolar II bozukluk	4	4,5	0	0	0,298	3	3,4	0	0	0,551
Depresyon	41	46,6	6	13	<0,001	30	34,1	8	17,4	0,042
Distimi	4	4,5	0	0	0,298					
Şizofreni	1	1,1	0	0	1,00	1	1,1	0	0	1,00
Sanrılı bozukluk	1	1,1	0	0	1,00	1	1,1	0	0	1,00
BTA psikotik bz.	2	2,3	0	0	0,546	0	0	0	0	
Alkol kullanım bz.	4	4,5	1	2,2	0,66	13	14,8	3	6,5	0,162
Madde kullanım bz.	2	2,3	0	0	0,546	3	3,4	0	0	0,551
Panik bozukluk	11	12,5	0	0	0,016	14	15,9	1	2,2	0,017
OKB	4	4,5	1	2,2	0,66	4	4,5	1	2,2	0,66
TSSB	2	2,3	0	0	0,546	6	6,8	1	2,2	0,421
SAB	13	14,8	3	6,5	0,162	15	17	3	6,5	0,09
Özgül fobi	6	6,8	0	0	0,094	7	8	0	0	0,095
YAB	7	8	0	0	0,095	7	8	0	0	0,095
Maddeye bağlı ank.	1	1,1	0	0	1,00	1	1,1	0	0	1,00
BTA anksiyete bz.	4	4,5	0	0	0,298	0	0	0	0	
Somatoform bz.	6	6,8	0	0	0,094	1	1,1	0	0	1,00
Uyum bozukluğu	4	4,5	3	6,5	0,691	0	0	0	0	
Tanı almayan	14	15,9	36	78,3	<0,001	31	35,2	34	73,9	<0,001

OKB:Obsessif kompulsif bozukluk, TSSB:Travma sonrası stres bozukluğu, SAB:Sosyal anksiyete bozukluğu, YAB:Yaygın anksiyete bozukluğu, BTA:Başka türlü adlandırılmayan

Tablo 6. Grupların şimdiki tanılarının psikiyatrik tanı kategorilerine göre karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		χ^2	P
	N	%	n	%		
Psikiyatrik tanı almayanlar	14	15,9	36	78,3	50,210	<0,001^a
Bipolar bozukluklar, sadece	6	6,8	0	0		0,094 ^b
Psikotik bozukluklar, sadece	1	1,1	0	0		1,00 ^b
Alkol /madde kullanım bz. sadece	0	0	0	0		
Depresif bozukluklar, sadece	21	23,9	3	6,5	6,179	0,013^a
Anksiyete bozuklukları, sadece	12	13,6	1	2,2		0,035^b
Depresyon + Anksiyete bozuklukları	18	20,5	3	6,5	4,437	0,035^a
Somatoform bozukluklar, sadece	4	4,5	0	0		0,298 ^b
Uyum bozukluğu, sadece	3	3,4	3	6,5		0,413 ^b
Birden fazla tanısı olanlar	27	30,7	3	6,5	10,148	0,001^a

p^a : p değeri Chi-Square, p^b : p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Psikiyatrik başvuru grubunun %84,1'inde, kontrol grubunun %21,7'sinde şimdiki psikiyatrik tanısı mevcuttu. Psikiyatrik başvuru grubunun şimdiki tanıları değerlendirildiğinde; %15,9'unda herhangi bir tanı saptanmazken ek tanısı olanların oranı %30,7 idi.

Psikiyatrik başvuru grubunun tanı dağılımında, sadece depresif bozukluklar %23,9 ile ilk sırayı alan tanı kategorisi iken, bunu %20,5 ile depresif bozukluklarla anksiyete bozuklukları birlikteliği, %13,6 ile sadece anksiyete bozuklukları takip etmekteydi.

2. Çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı:

Tablo 7. Grupların çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Çocuklukta fiziksel şiddet görme						3,185	0,074
Evet	76	86,4	34	73,9			
Hayır	12	13,6	12	26,1			
Şiddet uygulayan kişi						2,274	0,518
Anne tarafından	6	7,9	5	14,7			
Baba tarafından	29	38,2	11	32,4			
Her ikisi	32	42,1	16	47,1			
Diğer	9	11,8	2	5,9			
Fiziksel şiddetin sıklığı					-1,349		0,177 ^a
Her gün	4	5,5	0	0			
Haftada bir	25	34,2	9	26,5			
Ayda bir	13	17,8	6	17,6			
İki üç ayda bir	13	17,8	6	17,6			
Yılda bir	1	1,4	6	17,6			
Çok nadir	17	23,3	7	20,6			

Tablo 7'nin devamı

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Fiziksel şiddetin düzeyi					-2,642		0,008 ^a
Hafif	27	37	20	58,8			
Orta	18	24,7	10	29,4			
Şiddetli	23	31,5	3	8,8			
Çok şiddetli	5	6,8	1	2,9			
Fiziksel şiddetin biçimi							
Elle	71	97,3	34	100			1,00 ^c
Cisimle	39	53,4	15	44,1		0,804	0,37 ^b
Silahla	0	0	0	0			
Fiziksel şiddetin ağırlığı							
Hafif vücudunda iz bırakan	23	31,5	6	17,6		2,255	0,133 ^b
Vücudunda sonradan ağrı olan	22	30,1	7	20,6		1,070	0,301 ^b
Hareketlerini kısıtlayan	12	16,4	0	0			0,009 ^c
Günlük aktivitelerini engelleyen	11	15,1	0	0			0,016 ^c
Daha hafif düzeyde	47	64,4	26	76,5		1,563	0,211 ^b
Şiddete maruz kalan başka kişi						3,762	0,052 ^b
Evet	64	73,6	25	56,8			
Hayır	23	26,4	19	43,2			
Şiddeti haklı görme durumu						6,535	0,011 ^b
Haklı görenler	34	45,3	25	71,4			
Haklı görmeyenler	41	54,7	10	28,6			

p^a: p değeri Mann Whitney U Test, p^b: p değeri Chi-Square, p^c: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Grupların çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Gruplar arasında fiziksel şiddetin sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Fiziksel şiddet sıklığının medyanı psikiyatrik başvuru grubu için “ayda bir”, kontrol grubunda “iki-üç ayda bir” olarak bulundu. Fiziksel şiddetin düzeyinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (Mann-Whitney U Test, z=-2,642, p= 0,008). Psikiyatrik başvuru grubunda şiddet düzeyinin medyanı “orta” düzeyde iken, kontrol grubunda “hafif” olarak bulundu. Fiziksel şiddetin ağırlığı değerlendirildiğinde, psikiyatrik başvuru grubunun %64,4'ü, kontrol grubunun %76,5'i şiddete hafif derecede maruz kaldığını bildirdi. Gruplar arasında şiddete orta-ağır derecede maruz kalanlarda (hareket kısıtlayan (%16,4'e karşı %0, Fisher's Exact Test, p= 0,009), günlük aktivitelerini engelleyen (%15,1'e karşı %0, Fisher's Exact Test, p= 0,016) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardı.

3. Ana baba arasında fiziksel şiddete tanıklık:

Tablo 8. Grupların çocukluk çağında ana baba arasındaki şiddetin özelliklerine göre karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Anababa fiziksel şiddetine tanıklık						1,596	0,206 ^b
Evet	54	61,4	23	50			
Hayır	34	38,6	23	50			
Şiddet uygulayan kişi						0,477	0,788 ^b
Anne tarafından	1	1,9	1	4,3			
Baba tarafından	47	87	20	87			
Karşılıklı	6	11,1	2	8,7			
Fiziksel şiddetin sıklığı					-0,081		0,936 ^a
Her gün	3	5,6	0	0			
Haftada bir	13	24,1	4	17,4			
Ayda bir	7	13	7	30,4			
İki üç ayda bir	7	13	1	4,3			
Yılda bir	2	3,7	5	21,7			
Çok nadir	22	40,7	6	26,1			
Fiziksel şiddetin düzeyi					-1,952		0,051 ^a
Hafif	17	31,5	9	39,1			
Orta	9	16,7	10	43,5			
Şiddetli	22	40,7	3	13			
Çok şiddetli	6	11,1	1	4,3			
Fiziksel şiddetin biçimi							
Elle	54	100	23	100			
Cisimle	20	37	6	26,1		0,865	0,352 ^b
Silahla	2	3,7	0	0			1,00 ^c
Fiziksel şiddetin ağırlığı							
Hafif vücutunda iz bırakan	26	48,1	13	56,5		0,452	0,501 ^b
Vücutunda sonradan ağrı olan	22	40,7	11	47,8		0,331	0,565 ^b
Hareketlerini kısıtlayan	15	27,8	6	26,1		0,023	0,879 ^b
Günlük aktivitelerini engelleyen	12	21,8	6	26,1		0,166	0,683 ^b
Daha hafif düzeyde	27	50	9	39,1		0,766	0,382 ^b

p^a: p değeri Mann Whitney U Test, p^b: p değeri Chi-Square, p^c: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Grupların ana baba fiziksel şiddetine tanıklık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Ana baba arasındaki fiziksel şiddetin sıklığında, düzeyinde ve ağırlığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Psikiyatri başvuru grubunda fiziksel şiddet düzeyinin medyanı “şiddetli” düzeyde iken, kontrol grubunda “orta” düzeyde idi. her iki grup için fiziksel şiddetin sıklık medyan değeri “iki üç ayda bir” idi.

4. Eş fiziksel şiddeti:

Tablo 9. Grupların eş fiziksel şiddeti özelliklerine göre karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Eş fiziksel şiddeti						0,716	0,397 ^b
Evet	60	68,2	28	60,9			
Hayır	28	31,8	18	39,1			
Şiddet uygulayan kişi						2,406	0,30 ^b
Kendisi tarafından	39	65	19	67,9			
Eşi tarafından	0	0	1	3,6			
Karşılıklı	21	35	8	28,6			
Fiziksel şiddetin sıklığı					-1,083		0,279 ^a
Her gün	0	0	1	3,6			
Haftada bir	4	6,7	0	0			
Ayda bir	10	16,7	4	14,3			
İki üç ayda bir	4	6,7	2	7,1			
Yılda bir	12	20	3	10,7			
Çok nadir	30	50	18	64,3			
Fiziksel şiddetin düzeyi					-2,458		0,014 ^a
Hafif	26	43,3	18	64,3			
Orta	19	31,7	10	35,7			
Şiddetli	12	20	0	0			
Çok şiddetli	3	5	0	0			
Fiziksel şiddetin biçimi							
Elle	59	98,3	27	96,4			0,538 ^c
Cisimle	10	16,7	4	14,3			1,00 ^c
Silahla	1	1,7	1	3,6			0,538 ^c
Fiziksel şiddetin ağırlığı							
Hafif vücutunda iz bırakan	21	35	6	21,4		1,653	0,225 ^b
Vücutunda sonradan ağrı olan	23	38,3	6	21,4		2,469	0,116 ^b
Hareketlerini kısıtlayan	13	21,7	3	10,7		1,539	0,215 ^b
Günlük aktivitelerini engelleyen	11	18,3	2	7,1			0,212 ^c
Daha hafif düzeyde	32	53,3	20	71,4		2,586	0,108 ^b
Eş fiziksel şiddetinin başlangıcı					-1,816		0,069 ^a
Evliliğin 1. haftası	2	3,4	0	0			
Evliliğin 2-4. haftaları	1	1,7	2	7,1			
Evliliğin 1-12. ayları	25	42,4	7	25			
Evliliğin 1-5. yılları	21	35,6	8	28,6			
Evliliğin 5. yılından sonra	10	16,9	11	39,3			
En son eş fiziksel şiddeti					-0,975		0,33 ^a
0-1 ay	11	19,3	2	7,1			
1-6 ay	6	10,5	0	0			
6 ay- 1 yıl	4	7	4	14,3			
1-5 yıl	12	21,1	10	35,7			
5. yıldan önce	24	42,1	12	42,9			
Eş şiddetine çocuk tanıklığı						1,233	0,267 ^b
Evet	30	55,6	11	42,3			
Hayır	24	44,4	15	57,7			

p^a: p değeri Mann Whitney U Test, p^b: p değeri Chi-Square, p^c: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Psikiyatrik başvuru grubunun %68,2'sinde, kontrol grubunun %60,9'unda eşe yönelik fiziksel şiddet saptandı. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Psikiyatrik başvuru grubunda fiziksel şiddet sıklığının medyanı “yılda bir” ile “çok nadir” arasındaydı. Kontrol grubunda ise bu değer “çok nadir” olarak bulundu. İki grubun fiziksel şiddetin düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu (Mann-Whitney U Test, $z = -2,458$, $p = 0,014$). Psikiyatrik başvuru grubunda şiddet düzeyinin medyanı “orta” düzeyde iken, kontrol grubunda “hafif” düzeyde idi.

Eş fiziksel şiddetinin başlangıç zamanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Her iki grup için şiddetin başlangıç zamanının medyanı “evliliğin 1-5 yılları arası” olarak bulundu. Eşler arasında en son gerçekleşen fiziksel şiddet zamanıyla ilgili verilerde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Her iki grup için en son gelişen şiddet zamanının medyan değeri “1-5 yıl önce” olarak bulundu.

Eşler arasındaki şiddete psikiyatrik başvuru grubunda çocukların %55,6'sı, kontrol grubunun %42,3'ü tanık oldukları saptandı. Psikiyatrik başvuru grubunda şiddete tanık olan çocukların %26'sı şiddete fiilen müdahale ederlerken, %71,4'ü ağlama, üzgün görünme ya da tepkisiz kalma şeklinde yanıt verdikleri saptandı. Kontrol grubunda bu değerler sırasıyla %27,3 ve %72,7 idi.

5. Çocuk fiziksel kötüye kullanımı:

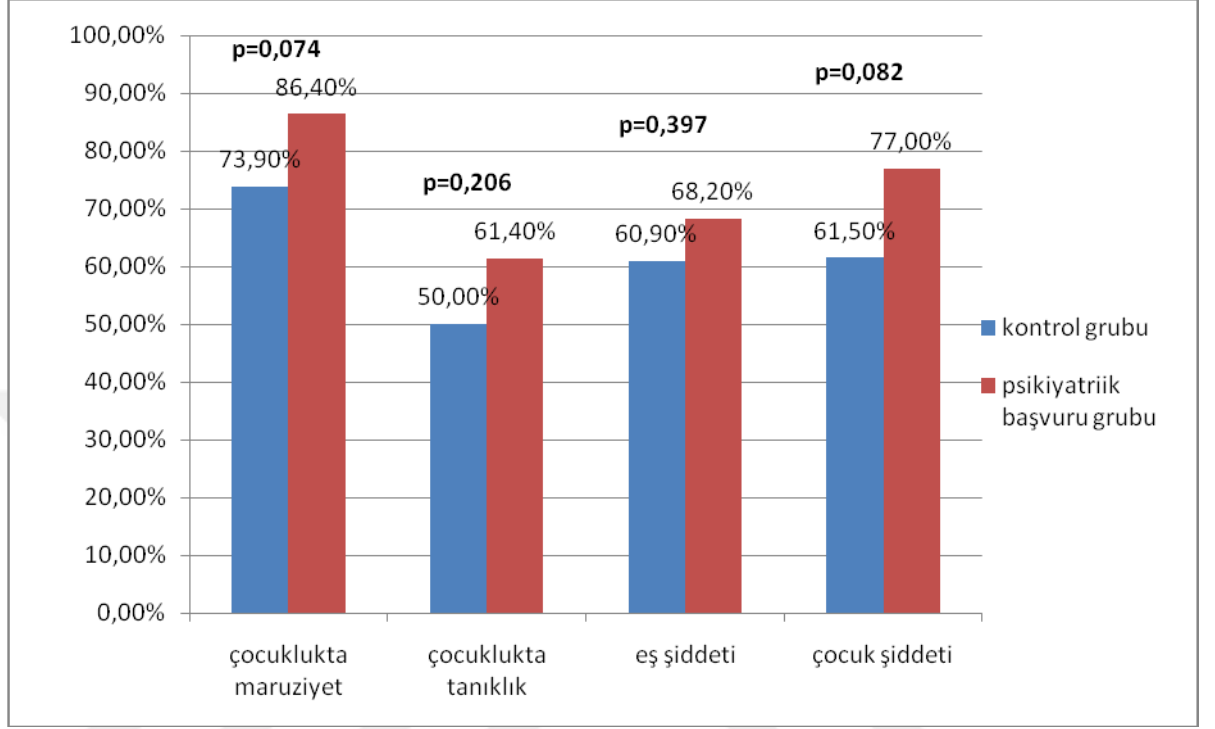
Tablo 10. Grupların çocuğun fiziksel kötüye kullanımı özelliklerine göre karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Çocuğa fiziksel şiddet, kendi						3,018	0,082 ^a
Evet	57	77	24	61,5			
Hayır	17	23	15	38,5			
Çocuğa fiziksel şiddet, eş						1,049	0,306 ^a
Evet	46	62,2	28	71,8			
Hayır	28	37,8	11	28,2			
Şiddette cins ayrımı						1,946	0,378 ^a
Hayır	33	86,8	14	82,4			
Erkeğe fazla	3	7,9	3	17,6			
Kıza fazla	2	5,3	0	0			

p^a : p değeri Chi-Square ile hesaplanmıştır.

İki grup arasında erkeklerin kendileri ve eşleri tarafından kendi çocuklarına yönelik fiziksel şiddet oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Aşağıdaki grafikte çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma, çocukluk çağında ana baba şiddetine tanıklık, eş fiziksel şiddeti ve kendisinin çocuğa yönelik fiziksel şiddet oranları gösterilmektedir.



Şekil 8. Gruplardaki aile içi fiziksel şiddet oranları

6. Evde alkol kullanımı ve evde yaşayan başka kişiler:

Tablo 11. Grupların alkol kullanımı ve evde başka birinin varlığının aile düzeni ve aile içi şiddetle ilişkisinin karşılaştırılması

	Grup I		Grup II		z	χ^2	p
	n	%	n	%			
Evde alkol kullanımı						0,239	0,625 ^a
Evet	16	18,6	7	15,2			
Hayır	70	81,4	39	84,8			
Alkol kullanımının şiddetle ilişkisi							1,00 ^b
İlişkili	6	37,5	2	28,6			
İlişkisiz	10	62,5	5	71,4			
Evde başka kişinin varlığı						0,917	0,338 ^a
Var	44	50	27	58,7			
Yok	44	50	19	41,3			
Başka kişinin şiddetle ilişkisi						2,177	0,14 ^a
İlişkili	15	34,9	5	18,5			
İlişkisiz	28	65,1	22	81,5			

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

Grupların kendi bildirimlerine göre yapılan değerlendirmede, alkol tüketimi ve alkolün şiddetle ilişkisi gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadı.

Evde ana baba ve çocuklar dışında birlikte yaşayan başka kişilerin varlığı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. İki grup arasında evde çekirdek aile üyeleri dışında başka birinin varlığının şiddetle ilişkisi anlamlı bir farklılık yaratmadı (Tablo 11).

Tablo 12. Gruplarda alkol ve evde başka birinin varlığının aile içi fiziksel şiddetle ilişkisi

	Grup I						Grup II					
	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p
	Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %	
Evde alkol kullanımı			0,07 ^a			0,75 ^b			0,22 ^b			0,66 ^b
Evet	14 %23,7	2 %7,4		13 %22,8	3 %17,6		6 %21,4	1 %5,6		3 %12,5	3 %20	
Hayır	45 %76,3	25 %92,6		44 %77,2	14 %82,4		22 %78,6	17 %94,4		21 %87,5	12 %80	
Evde başka birinin varlığı			0,65 ^a			0,01 ^a			0,34 ^a			0,13 ^a
Evet	31 %51,7	13 %46,4		24 %42,1	13 %76,5		18 %64,3	9 %50		17 %70,8	7 %46,7	
Hayır	29 %48,3	15 %53,6		33 %57,9	4 %23,5		10 %35,7	9 %50		7 %29,2	8 %53,3	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

İki grubun ayrı ayrı analizinde evde alkol tüketimiyle eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik bulunmadı. Psikiyatrik başvuru grubunda evde başka birinin varlığı ile kendi çocuğuna fiziksel şiddet azalma gösterirken (Chi-Square, $\chi^2=6,19$, $p=0,01$), kontrol grubunda ise bir bağ saptanmadı (Tablo 12).

7. Aile içi fiziksel şiddet ve psikiyatrik tanı:

Tablo 13'de aile içi fiziksel şiddet ile şimdiki psikiyatrik tanı varlığı arasında ilişki gösterilmiştir. Tablo 14'de ise psikiyatrik başvuru grubunda aile içi fiziksel şiddet ile spesifik psikiyatrik tanı kategorileri arasındaki ilişkiler gösterilmiştir.

Tablo 13. Gruplarda aile içi fiziksel şiddet öyküsü ile şimdiki psikiyatrik tanı ilişkisi

	Grup I			Grup II		
	Psikiyatrik tanı		p	Psikiyatrik tanı		p
	Var (n, %)	Yok (n, %)		Var (n,%)	Yok (n,%)	
Çocuklukta fiziksel şiddet (n=88, 46)			1,00 ^b			1,00 ^b
Evet	64, %86,5	12, %85,7		8, %80	26, %72,2	
Hayır	10, %13,5	2, %14,3		2, %20	10, %27,8	
Anababa şiddetine tanıklık (n=88, 46)			0,807 ^a			1,00 ^a
Evet	45, %60,8	9, %64,3		5, %50	18, %50	
Hayır	29, %39,2	5, %35,7		5, %50	18, %50	
Eş fiziksel şiddeti (n=88, 46)			0,76 ^b			1,00 ^b
Evet	51, %68,9	9, %64,3		6, %60	22, %61,1	
Hayır	23, %31,1	5, %35,7		4, %40	14, %38,9	
Çocuğa fiziksel şiddet (n=74, 39)			0,721 ^b			1,00 ^b
Evet	47, %75,8	10, %83,3		6, %60	18, %62,1	
Hayır	15, %24,2	2, %16,7		4, %40	11, %37,9	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

Tablo14. Psikiyatrik başvuru grubunda aile içi şiddetin psikiyatrik tanı kategorileriyle ilişkisi

	Depresif bozukluklar			Anksiyete bozukluklar			Depresyon + Anksiyete			En az bir ek tanısı olanlar		
	Var n, %	Yok n, %	p	Var n, %	Yok n, %	p	Var n, %	Yok n, %	p	Var n, %	Yok n, %	p
Çocuklukta fiziksel şiddet			0,47 ^b			0,66 ^b			0,45 ^b			0,33 ^b
Evet	17 %81	59 %88,1		10 %83,3	66 %86,8		17 %94,4	59 %84,3		25 %92,6	51 %83,6	
Hayır	4 %19	8 %11,9		2 %16,7	10 %13,2		1 %5,6	11 %15,7		2 %7,4	10 %16,4	
Anababa şiddetine tanıklık			0,57 ^a			0,05 ^b			0,57 ^a			0,46 ^a
Evet	14 %66,7	40 %59,7		4 %33,3	50 %65,8		10 %55,6	44 %62,9		15 %56,6	39 %63,9	
Hayır	7 %33,3	27 %40,3		8 %66,7	26 %34,2		8 %44,4	26 %37,1		12 %44,4	22 %36,1	
Eş fiziksel şiddeti			0,71 ^a			0,05 ^b			0,12 ^a			0,12 ^a
Evet	15 %71,4	45 %67,2		5 %41,7	55 %72,4		15 %83,3	45 %64,3		21 %77,8	39 %63,9	
Hayır	6 %28,6	22 %32,8		7 %58,3	21 %27,6		3 %16,7	25 %35,7		6 %22,2	22 %36,1	
Çocuğa fiziksel şiddet			0,19 ^b			0,22 ^b			0,34 ^b			0,17 ^a
Evet	11 %64,7	46 %80,7		6 %60	51 %79,7		14 %87,5	43 %74,1		20 %87	37 %72,5	
Hayır	6 %35,3	11 %19,3		4 %40	13 %20,3		2 %12,5	15 %25,9		3 %13	14 %27,5	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır .

Her iki grupta çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanım, ana baba arasındaki şiddete tanıklık, eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna yönelik fiziksel kötüye kullanım öyküsü ile şimdiki psikiyatrik tanının varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Psikiyatrik başvuru grubunda aile içi fiziksel şiddet ile psikiyatrik tanı kategorilerinden sadece depresif bozukluklar, sadece anksiyete bozuklukları, sadece anksiyete ve depresif bozukluklar ve en az bir ek psikiyatrik tanısı olan hastalar arasındaki ilişki incelendi. Aile içi fiziksel şiddet ile belirtilen tanı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

8. Aile içi fiziksel şiddet ve kuşaklararası şiddet ilişkisi:

Tablo 15. İki grupta çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma veya ana baba şiddetine tanık olmanın eş fiziksel şiddeti ve çocuğa yönelik şiddetle ilişkisi

	Grup I						Grup II					
	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p
	Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %	
Çocuklukta fiziksel şiddet			0,01 ^b			0,37 ^b			0,49 ^b			0,14 ^b
Evet	56 %93,3	20 %71,4		52 %91,2	14 %82,4		22 %78,6	12 %66,7		20 %83,3	9 %60	
Hayır	4 %6,7	8 %28,6		5 %8,8	3 %17,6		6 %21,4	6 %33,3		4 %16,7	6 %40	
Anababa şiddetine tanıklık			0,30 ^a			0,75 ^a			0,07 ^a			0,13 ^a
Evet	39 %65	15 %53,6		36 %63,2	10 %58,8		17 %60,7	6 %33,3		14 %58,3	5 %33,3	
Hayır	21 %35	13 %46,4		21 %36,8	7 %41,2		11 %39,3	12 %66,7		10 %41,7	10 %66,7	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

Psikiyatrik başvuru grubunda eş fiziksel şiddetiyle çocukluk çağında fiziksel kötüye kullanım (Fisher's Exact Test, p= 0,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik bulundu.

Tablo 16. Psikiyatrik başvuru grubundan psikiyatrik tanısı olanlarda, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma veya ana baba şiddetine tanık olmanın eş fiziksel şiddeti ve çocuğa yönelik şiddetle ilişkisi

Grup I psikiyatrik tanısı olanlar						
	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p
	Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %	
Çocuklukta fiziksel şiddet			0,008^b			0,34^b
Evet	48 %94,1	16 %69,6		43 %91,5	12 %80	
Hayır	3 %5,9	7 %30,4		4 %8,5	3 %20	
Ana baba şiddetine tanıklık			0,31^a			0,47^a
Evet	33 %64,7	12 %52,2		30 %63,8	8 %53,3	
Hayır	18 %35,3	11 %47,8		17 %36,2	7 %46,7	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

Tablo 17. Kontrol grubundan psikiyatrik tanısı olmayanlarda, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma veya ana baba şiddetine tanık olmanın eş fiziksel şiddeti ve çocuğa yönelik şiddetle ilişkisi

Grup II psikiyatrik tanısı olmayanlar						
	Eş fiziksel şiddeti		p	Çocuğa yönelik fiziksel şiddet		p
	Evet n, %	Hayır n, %		Evet n, %	Hayır n, %	
Çocuklukta fiziksel şiddet			0,14^b			0,20^b
Evet	18 %81,8	8 %57,1		15 %83,3	6 %54,5	
Hayır	4 %18,2	6 %42,9		3 %16,7	5 %45,5	
Anababa şiddetine tanıklık			0,17^a			0,08^a
Evet	13 %59,1	5 %35,7		11 %61,1	3 %27,3	
Hayır	9 %40,9	9 %64,3		7 %38,9	8 %72,7	

p^a: p değeri Chi-Square, p^b: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır

Psikiyatrik başvuru grubundan sadece psikiyatrik tanı alan hastaların analizinde, çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalma ile eş fiziksel şiddeti arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (Fisher's Exact Test, p=0,008) (Tablo 16-17).

Her iki grupta erkeğin evlilikte eşe yönelik fiziksel şiddeti ile kendisinin ya da eşinin çocuğuna yönelik fiziksel şiddet uygulaması arasında anlamlı bir bağ bulunmadı.

Her iki grupta çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmanın sıklığı, düzeyi ve ağırlığı ile eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağ saptanmadı. Benzer şekilde çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma, ana baba şiddetine tanıklık ile eş fiziksel şiddetinin sıklığı, şiddet düzeyi ve ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik bulunmadı.

Her iki grupta çocukluk çağında ana baba şiddetine tanık olan erkeklerin çocukları tanık olmayanlara göre evlilikteki eş fiziksel şiddetine tanık olma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

9. Aile içi fiziksel şiddet ve sosyodemografik özellikler:

Gruplardaki katılımcıların eşe ve çocuğuna yönelik fiziksel şiddeti ile sayısal ve kategorik sosyodemografik özelliklerin ilişkisi tablo 18 ve tablo 19’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Sosyodemografik özelliklerin aile içi fiziksel şiddetle ilişkisi (sayısal değişkenler)

		Kendi yaşı		Eş yaşı		Evlilik yaşı		Evlilik süresi	
		Mean±sd	p	Mean±s	p	Mean±	p	Mean±sd	p
Eş fiziksel şiddeti									
Grup I	Evet	44,73 ±10,9	0,28	41 ±11,76	0,31	23,26 ±3,48	0,37	21,36 ±12,14	0,19
	Hayır	42,07 ±10,61		38,28 ±11,29		24,07 ±4,68		17,67 ±12,38	
Grup II	Evet	45,96 ±10,39	0,032	42,25 ±10,64	0,017	24,60 ±4,39	0,57	21,39 ±12,87	0,046
	Hayır	38,61 ±11,86		34,38 ±10,11		25,33 ±3,83		13,27 ±13,05	
Çocuğa fiziksel şiddet									
Grup I	Evet	44,98 ±10,04	0,71	41,17 ±10,94	0,35	23,01 ±3,84	0,62	21,85 ±11,63	0,91
	Hayır	46 ±9,87		44 ±10,26		23,52 ±3,35		22,23 ±10,83	
Grup II	Evet	47,91 ±9,00	0,043	43,12 ±9,76	0,021	23,12 ±3,41	0,008	24,45 ±10,64	0,019
	Hayır	40,73 ±12,40		36,13 ±10,63		26,66 ±4,41		14,66 ±14,15	

Psikiyatrik başvuru grubunda eş fiziksel şiddeti ve çocuğa yönelik fiziksel şiddet ile ortalama kendi yaşı, eş yaşı, evlilik yaşı ve toplam evlilik süresi arasında anlamlı bir bağ bulunmadı.

Kontrol grubunda ise eş fiziksel şiddetini uygulayanların yaş ortalaması (T test, $t = -2,216$, $p = 0,032$), eşlerinin yaş ortalaması (T test, $t = -2,491$, $p = 0,017$) ve ortalama evlilik süresi (T test, $t = -2,075$, $p = 0,046$) şiddet uygulamayanlara göre anlamlı olarak daha büyüktü. Yine kontrol grubunda çocuğa yönelik fiziksel şiddet ile ortalama kendi yaşı, eş yaşı, evlilik yaşı ve evli kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Şiddet uygulayanların ortalama kendi ve eşlerinin yaşları daha ileriydi, ortalama evlilik yaşı daha düşüktü, ortalama evli kaldığı süre ise daha fazlaydı.

Tablo 19. En son gerçekleşen eş fiziksel şiddeti ile sayısal demografik özelliklerle ilişkisi

Son eş fiziksel şiddeti	Kendi yaşı		Eş yaşı		Evlilik yaşı		Evlilik süresi	
	Mean±sd	p	Mean±sd	p	Mean±sd	P	Mean±sd	p
Grup I								
		0,09		0,13		0,65		0,1
0-1 yıl	41,38 ±10,78		37,14 ±11,43		23,8 ±3,31		17,57 ±11,01	
1-5 yıl	44 ±11,32		41,5 ±10,97		22,83 ±3,04		21 ±13,75	
> 5 yıl	48,25 ±9,56		44,12 ±11,41		22,91 ±4,06		25,16 ±11,24	
Grup II								
		0,73		0,56		0,53		0,71
0-1 yıl	43 ±12,26		38,5 ±11,6		25,33 ±4,08		17,83 ±13,81	
1-5 yıl	46,2 ±10,17		42 ±10,58		25,5 ±5,29		21,2 ±14,32	
> 5 yıl	47,25 ±10,26		44,33 ±10,62		23,5 ±3,8		23,33 ±11,88	

Her iki grupta evlilikte en son gerçekleşen eş fiziksel şiddeti ile ortalama kendi yaşı, eş yaşı, evlilik yaşı ve toplam evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik saptanmadı (Tablo 19).

Tablo 20. Sosyodemografik özelliklerin aile içi fiziksel şiddetle ilişkisi (kategorik değişkenler)

	Grup I						Grup II					
	Eş fiziksel şiddeti			Çocuk fiziksel şiddeti			Eş fiziksel şiddeti			Çocuk fiziksel şiddeti		
	z	÷ ²	p	Z	÷ ²	p	z	÷ ²	p	z	÷ ²	p
Kendi eğitimi	-1,999		0,046 ^a	-1,099		0,27 ^a	-3,665		<0,001 ^a	-0,866		0,39 ^a
Eş eğitimi	-1,8		0,07 ^a	-0,328		0,31 ^a	-2,422		0,015 ^a	-1,383		0,17 ^a
Kendisinin iş durumu		1,755	0,18 ^b		1,408	0,23 ^b		0,167	0,68 ^b		1,433	0,23 ^b
Eşinin iş durumu			0,37 ^c			1,00 ^c			0,19 ^c			0,55 ^c
Ekonomik durum		0,88	0,35 ^b		1,859	0,17 ^b			0,72 ^c			0,71 ^c
Doğum bölgesi		5,161	0,64 ^b		6,797	0,45 ^b		5,202	0,52 ^b		7,554	0,27 ^b
Göç durumu		0,419	0,52 ^b			0,27 ^c		5,532	0,06 ^b		1,773	0,41 ^b
Ev tipi			1,00 ^c			1,00 ^c			1,00 ^c			
Ev durumu		0,64	0,89 ^b		2,158	0,54 ^b		2,067	0,56 ^b		5,085	0,17 ^b
Evlenme biçimi		0,0	0,98 ^b		0,282	0,59 ^b		0,712	0,4 ^b		1,043	0,31 ^b
Akraba evliliği		0,279	0,60 ^b			1,00 ^c		0,532	0,47 ^b			1,00 ^c
Evlilikte kaçma			0,49 ^c			0,67 ^c			1,00 ^c			0,55 ^c
Başlık parası		0,419	0,52 ^b			0,72 ^c			0,49 ^c			0,71 ^c
Çocuk durumu			0,01 ^c						0,09 ^c			
Çocuk sayısı	-0,065		0,95 ^a	-1,041		0,30 ^a	-0,49		0,62 ^a	-0,697		0,49 ^a
Kardeş sayısı	-0,136		0,89 ^a	-1,007		0,31 ^a	-1,733		0,08 ^a	-1,032		0,30 ^a

p^a: p değeri Mann Whitney U Test, p^b: p değeri Chi-Square, p^c: p değeri Fisher's Exact Test ile hesaplanmıştır.

Her iki grupta eğitim süresinin düşmesi ile eş fiziksel şiddetinin artışı arasında anlamlı bir birliktelik bulundu (Mann-Whitney Test, psikiyatrik başvuru grubunda z= -1,199, p=0,046; kontrol grubunda z= -3,665, p= <0,001). Kontrol grubunda eş fiziksel şiddeti ile eşin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir bağ vardı (Mann-Whitney Test, z=-2,422, p=0,015).

Psikiyatrik başvuru grubunda çiftlerin çocuk sahibi olmalarıyla eş fiziksel şiddeti arasında anlamlı bir birliktelik saptandı (Fisher's Exact Test, p= 0,01).

Tablo 21 ve 22’de psikiyatrik başvuru ve kontrol gruplarında eş fiziksel şiddeti ile ilişkili bazı özelliklerin lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Tablo 21. Psikiyatrik başvuru grubunda eş fiziksel şiddetiyle ilişkili bazı değişkenlerin lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmesi

Özellikler	%	Odds oranı (OR) (95% CI)	p değeri
Yaş grubu			
18-35 (referans)	28,4	1,00	
36-45	25	0,39 (0,16 – 0,96)	0,04
46-55	28,4	2,59 (0,90 – 7,43)	0,08
56-65	18,2	1,21 (0,41 - 3,60)	0,72
Kendi eğitim düzeyi			
İlkokul ve eğitimsizler (referans)	61,4	1,00	
Ortaokul	13,6	2,35 (0,77- 7,17)	0,13
Lise ve üniversite	25	0,27 (0,10- 0,72)	0,009
Eşinin eğitim düzeyi			
İlkokul ve eğitimsizler (referans)	68,2	1,00	
Ortaokul	13,6	1,62 (0,53 - 4,97)	0,40
Lise ve üniversite	18,2	0,66 (0,26 - 1,70)	0,39
Ekonomik durum			
1000 TL altı (referans)	31,8	1,00	
1000 TL ve üstü	68,2	0,83 (0,43 - 1,58)	0,57
Çocukluk çağında şiddete maruz kalma			
Hayır (referans)	13,6	1,00	
Evet	86,4	3,34 (1,44 - 7,73)	0,005
Çocukluk çağında şiddete tanıklık			
Hayır (referans)	38,6	1,00	
Evet	61,4	1,29 (0,73- 2,30)	0,37

Not: OR: Odds ratio, CI : confidence interval,

*Modelin anlamlılığı p:0,01,

*Modelin toplam sınıflandırabilme gücü :%75

Tablo 22. Kontrol grubunda eş fiziksel şiddetiyle ilişkili bazı değişkenlerin lojistik regresyon analizleriyle değerlendirilmesi

Özellikler	%	Odds oranı (OR) (95% CI)	p değeri
Yaş grubu			
18-35 (referans)	37	1,00	
36-45	21,7	1,04 (0,13 - 8,33)	0,97
46-55	28,3	0,74 (0,18 - 3,08)	0,68
56-65	13	6,01 (0,61 - 59,68)	0,12
Kendi eğitim düzeyi			
İlkokul ve eğitimsizler (referans)	47,8	1,00	
Ortaokul	13	0,91 (0,20 – 4,13)	0,90
Lise ve üniversite	39,1	0,26 (0,07 – 0,95)	0,042
Eşinin eğitim düzeyi			
İlkokul ve eğitimsizler (referans)	65,2	1,00	
Ortaokul	13	2,21 (0,44 – 11,11)	0,34
Lise ve üniversite	21,8	0,83 (0,18 – 3,83)	0,81
Ekonomik durum			
1000 TL altı (referans)	21,7	1,00	
1000 TL ve üstü	78,3	1,007 (0,28 – 3,61)	0,99
Çocukluk çağında şiddete maruz kalma			
Hayır (referans)	26,1	1,00	
Evet	73,9	0,99 (0,38 - 2,62)	0,99
Çocukluk çağında şiddete tanıklık			
Hayır (referans)	50	1,00	
Evet	50	1,96 (0,82 - 4,67)	0,13

Not: OR: Odds ratio, CI : confidence interval
 Modelin anlamlılığı p:0,017
 Modelin toplam sınıflandırabilme gücü :%78,3

Psikiyatrik başvuru grubunda lojistik regresyon analizleriyle yapılan değerlendirmede eş fiziksel şiddeti ile yaş, eğitim düzeyi ve çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. “36-45” yaş aralığında olanlar “18-35” yaş aralığında olanlara göre (OR 0,39, 95% CI 0,16 – 0,96), lise ve üniversite

mezunları ilkokul mezunları ve eğitimsizlere göre (OR 0,27, 95% CI 0,10- 0,72) daha az, çocukluk çağında şiddete maruz kalanlar maruz kalmayanlara göre (OR 3,34, 95% CI 1,44- 7,73) daha fazla eş fiziksel şiddetiyle ilişkili bulundu.

Kontrol grubunda ise lise ve niversite mezunları, ilkokul mezunları ve eğitimsizlere göre (OR 0,26, 95% CI 0,07-0,95) daha az eş fiziksel şiddeti ile ilişki bulunması dışında diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Her iki grupta kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet ile belirtilen özellikler arasında anlamlı ilişki saptanmadı.



5. TARTIŞMA

Aile içinde sıklıkla kadının şiddet mağduru olmasından kaynaklı olarak çalışmalar kadınlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Aile içi şiddet esasında sadece bir kadın sorunu değil aynı zaman da bir erkek sorunudur. Kadına yönelik şiddet irdelenirken saldırganlığın esas öznesi olan erkek ve beraberinde öne çıkan koca şiddeti olgusu kadın örneklemeler üzerinden analiz edilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde sorunun boyutları incelenirken, erkek saldırganlığının özelliklerini klinik ortamda erkeklerden oluşan bir örnekleme ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Gündelik psikiyatri pratiğinde değerlendirilen erkek hastalar arasında aile içi fiziksel şiddetin profilini çıkarmak ihmal edilmiş bir konudur. Genellikle erkek saldırganlığı kadın mağduriyeti üzerinden tanımlanmaya çalışılmıştır. Çalışmamız eksik kalan bu alana katkı sağlama amaçlı tasarlanmıştır. Bu amaçla psikiyatriye başvuran bir erkek grubunun yanında, psikiyatrik yardım talep etmeyen ikinci bir grup erkekte de sorunu etraflıca değerlendirme imkanını sağlamaya çalıştık.

Çalışmamızda gruplandırma temelde kişilerin yardım arama davranışlarından yola çıkılarak yapıldı. Sonuçlar değerlendirilirken psikiyatrik başvuru grubunun %84,1'inin, kontrol grubunun ise %21,7'sinin psikiyatrik tanımlı kişileri içerdiğini göz önüne almakta yarar vardır. Yani psikiyatrik başvuru grubundan bahsederken psikiyatrik morbidite yükünün anlamlı derecede daha fazla olduğu bir gruptan bahsetmiş oluyoruz.

Gruplar ortalama yaş, ortalama evlilik yaşı, ortalama evlilik yılı, eğitim düzeyleri, meslek durumu, ekonomik durum, doğum bölgesi, göç durumu, yaşadığı mekan özellikleri, evlenme biçimi ve çocuk durumu gibi diğer sosyodemografik özellikler itibarıyla birbirine benzerdi. Sonuç olarak iki grubun türdeş özelliklere sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Aile içi fiziksel şiddetin sıklığı

Bulduğumuz yaşam boyu eş fiziksel şiddeti oranları dikkat çekiciydi. Psikiyatrik başvuru grubunun %68,2'inde en az bir kez eş fiziksel şiddeti uygulama öyküsü alınırken, kontrol grubunda bu oran %60,9 olarak tespit edildi. Dikkat çekici bulgulardan bir diğeri de psikiyatrik başvuru grubunun %86,4'ünde çocukluk çağında en az bir kez fiziksel şiddete uğradığını, %61,4'ünün çocukluk çağında ana babası arasındaki fiziksel şiddete tanıklığını ve %77'sinin ise kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddete başvurduğunu bildirmeleridir. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla; çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet

%73,9, ana baba şiddetine tanıklık %50, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %61,5 olarak saptandı.

İki grup arasında şiddet oranlarında farklılıklar olsa da bu fark anlamlı bir farklılık oluşturacak kadar büyük değildi. Psikiyatrik başvuru grubundaki katılımcıların psikiyatrik yardım için başvurmayan diğer gruba göre çocukluk çağında daha fazla oranda şiddete maruz kalmalarının yanında (%86,4'e karşı %73,9), maruz kaldıkları şiddet düzeyinin (hafif düzeyde %37'ye karşı %58,8, şiddetli düzeyde %31,5'e karşı %8,8; $p=0,008$) ve ağırlığının (hareket kısıtlayan %16,4'karşı %0, $p=0,009$; günlük aktiviteleri kısıtlayan %15,1'e karşı %0, $p=0,016$) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir. Aynı şekilde bunların eşlerine uyguladıkları şiddet düzeyinin de anlamlı olarak daha fazla olduğunu saptadık (hafif düzeyde %43,3'e karşı %64,3, şiddetli düzeyde %20'ye karşı %0; $p=0,014$). Yani psikiyatrik başvuru grubundaki erkekler diğer gruba göre çocukluklarında, hareketlerini kısıtlayacak ve günlük aktivitelerini engelleyecek ağırlıkta ve daha şiddetli düzeyde fiziksel şiddete maruz kalmakta ve eşlerine karşı daha ağır düzeyde şiddete başvurdıklarını görmekteyiz.

Çalışmamızda gruplar arasındaki şiddet oranlarındaki farklılıkta etkili olan faktörleri daha sonra ele almak üzere bir kenara bırakırsak, her iki grupta bulduğumuz çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma (%86,4'e karşı %73,9), çocukluk çağında ana baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olma (%61,4'e karşı %50), eşe fiziksel şiddet uygulama (%68,2'ye karşı %60,9) ve kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet (%77'ye karşı %61,5) rakamlarındaki yükseklik dikkat çekicidir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde fiziksel şiddet oranlarının geniş bir yelpazede dağıldığı görülmektedir. Bu yalnızca araştırmanın yapıldığı yerdeki şiddet düzeyi ile değil, şiddetin tanımı, araştırmanın yöntemi, örnekleme tekniği, görüşmecinin eğitimi ve ustalığı ve kültürel etkenlerle de ilişkili olduğu belirtilmektedir (85). Ülkemizde yapılmış alan çalışmalarıyla kıyaslandığında sonuçlarımız neredeyse iki katından daha fazla bir yüksekliktedir (eşe yönelik aile içi fiziksel şiddet %34 - 39,9) (5, 6, 7, 78). Bununla birlikte klinik ortamlarda yapılan çalışmaların sonuçları %14,5 ile %62 aralığında değiştiği görülmektedir (19, 77, 79, 80, 84). En yüksek şiddet oranları ise psikiyatrik kadın örnekleme yapılan çalışmalarda ortaya çıkmaktadır (%57 - 62) (19, 84).

Çalışmamızda erkekler tarafından eşlerine yönelik fiziksel şiddet oranlarımızın yüksekliği (psikiyatri başvuru grubunda %68,2, kontrol grubunda %60,9) psikiyatrik bir örnekleme çalışmanın yanında kullandığımız yöntemle ilgili taraflarının olduğunu düşünüyoruz. Biz bu çalışmamızda, aile içi fiziksel şiddeti kapsamlı bir biçimde sorgulayan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu üzerinden klinik görüşme tekniğiyle araştırdık. Aynı klinik görüşme tekniğini kullanan ve benzer bir yöntemle psikiyatri polikliniğine başvuran

kadın hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların %62'si evliliğinde kocaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (19). Akyüz ve arkadaşlarının (2002) Sivas'ta psikiyatri polikliniğinde anket yöntemini kullanarak yaptıkları araştırmada, eşinden fiziksel şiddet gördüğünü bildiren kadın hastaların oranı % 57 bulunmuştur (84). Çalışma sonuçları bölgesel bir farklılığı yansıtmaya olası bir yana bırakılırsa rakamlardaki büyüklüğün klinik görüşme tekniğimizle ilgili olduğunu düşünüyoruz. Anket yönteminde yanlış pozitif ya da negatif sonuçları kontrol etmek zorken klinik görüşme tekniği görüşmeci ile katılımcı arasında sağlıklı bir iletişimi geliştirme imkanı sunduğu için doğru bilgiyi ulaşma şansını daha fazla vermektedir. Doğanavşarlıgil ve Vahip'in (2007) bir çalışmasında aile içi fiziksel şiddeti ölçmek için hastalara önce anket formu verilip ardından klinik görüşmeye alınmışlardır (133). Hastalardan %51'i kendi doldurdıkları ankette, %62'si klinik görüşmede eşinden fiziksel şiddet gördüğünü bildirmiştir. Sonuç olarak eş tarafından uygulanan fiziksel şiddeti belirlemede anket yöntemi ile klinik görüşme yöntemi karşılaştırıldığında, anket yönteminin şiddeti %11 oranında eksik olarak saptadığı bulunmuştur.

Aynı klinik görüşme formunu kullandığımız Vahip ve Doğanavşarlıgil'in (2006) çalışmalarında %62 oranında görülen eş fiziksel şiddetinin yanında, kadınların %63'ü çocukluğunda en az bir kez fiziksel şiddetle karşılaştığını, % 38'i çocukluğunda ana baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olduğunu, %51'i ise kendi çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığını bildirilmiştir (19). Verilerimiz bu çalışmayla karşılaştırıldığında, çalışmamızda hem psikiyatrik başvuru grubunda (%68,2) hem de kontrol grubunda (%60,9) erkeğin eşine yönelik fiziksel şiddet uygulama oranları bu orana (kocaları tarafından fiziksel şiddete maruz kalma %62) yakinken, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma (%86,4 ve %73,9'a karşı %63), ana baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olma (%61,4 ve %50'ye karşı %38) ve kendi çocuğuna şiddet uygulama (%77 ve %61,5'e karşı %51) düzeyleri daha yüksek düzeydeydi. Farklılıklara rağmen her iki çalışmadaki yüksek oranlar, fiziksel şiddetin psikiyatrik popülasyonda hiçte azımsanamayacak düzeyde yaygın olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Yurt dışında psikiyatriye başvuran ayaktan (%15-90) ve yatan (%34-92) kadın hastalarla yapılmış çalışmalarda değişen oranlarda eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalma rakamlarına rağmen (4), sonuçlarımızla uyumlu olarak yüksek oranlar bulan çalışmalar (Post ve ark. yatan kadın hastalarda %50, Hoffman ve Toner yatan kadın hastalarda %76, Cascardi ve ark. yatan hastalarda son bir yılda %63, Heru ve ark. son bir yılda yatan kadınlarda %92, Najavits PTSD ve madde kullanan kadınlarda %66) bu görüşümüzü desteklemektedir (98, 99, 134-136).

Öte taraftan erkek hastalarda bulduğumuz bu yükseklik, erkek çocukların çocukluk yıllarında kız çocuklarına göre daha fazla şiddete uğradığının bir kanıtı olarak yorumlanabilir. Bu durum fiziksel şiddete maruz kalma riskleri arasında sayılan erkek olmayla uyumlu bir bulgudur. ABD’de yapılan bir çalışmada 18 yaşından önce ana baba veya bakıcı şiddetine maruz kalanların %54’ünün erkek ve %40’nın kadın olduğu belirtilmektedir (100). Çiftlerin Ulusal Nüfus Tabanlı Çalışmalardan Bulgular (Findings From a National Population-Based Study of Couples) çalışmasının verilerine göre ise erkeklerin %65.4’ünün, kadınların %51’inin çocuklukta fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (101). Erkek çocuklar çoğu ülkede daha fazla fiziksel şiddet riski altındadır. Bu çeşit cezalandırmaların erişkin rolü ve sorumluluğu için ya da erkeklerin daha fazla fiziksel disipline ihtiyaçlarının olduğu düşüncesinden kaynaklı olabileceği belirtilmektedir (2).

Yurt dışı çalışmalarda ayaktan psikiyatrik hastalarda aile içi şiddetin yaşam boyu sıklığının kadınlar için %15’ten %90’a, erkek hastalarda ise %0’dan %13’e kadar değiştiği bildirilmiştir. Son bir yıl için ayaktan takipli kadın hastalarda sıklık %19 ile %86 arasında, ayaktan takipli erkekler için yalnız bir çalışmanın verilerine göre son 6 ay içindeki sıklık %5 olarak bildirilmiştir (4). Çalışmamızda kadının şiddete maruz kalması ile uyumlu olarak erkek saldırganlık oranları belirtilen aralıklarda seyrederken, erkeğin şiddete maruz kalma oranları düşük bulunmuştur (psikiyatrik başvuru grubunda %0, kontrol grubunda %3,6).

Eşe yönelik fiziksel şiddet olgusu incelendiğinde sıklıkla kadın mağdur, erkek ise saldırgan pozisyonundadır. Aile içinde, şiddetin erkekten kadına yönelik olduğu yaygın inanışının yanında, kadından erkeğe yönelik fiziksel eş şiddetinin yaygın olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bir çalışmada erkeklerin yaşamları boyunca kadından erkeğe yönelik eş fiziksel şiddetine maruz kalma oranı %7,4 (100), diğer çalışmalarda bir yıl içinde bildirilen sıklık, %18.2 - %24.8 arasında tahmin edildiği belirtilmektedir (137, 138). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun 1997-1998 yılları arasında yaptığı aile içinde ve toplumsal alanda şiddet konulu araştırmada erkeklerin %2.1’inin sık sık, %1.2’sinin ara sıra eşleri tarafından dövüldüklerini söyledikleri bildirilmektedir (139). Bizim çalışmamızda sadece kontrol grubunda bir kişinin eşinden şiddet gördüğü bildirimini haricinde, her iki grupta eş fiziksel şiddetinin yaklaşık 2/3’ü karşılıklı olmayan erkekten kadına yönelik iken, 1/3’ünde karşılıklı eş fiziksel şiddeti şeklindeydi. Çeşitli çalışmalar yakın eş şiddetinin %40’tan fazlasının hem erkekten kadına hem kadından erkeğe yönelik eş fiziksel şiddetini kapsayan karşılıklı eş fiziksel şiddeti şeklinde olduğunu belirtmektedir (137, 140-142). Sınırlı delillerin çoğu eşlerin şiddete başlamasının karşılıklı şiddeti içeren davranışları akla getirdiği ve sonuçları bakımından karşılıklı olmayan şiddete kıyasla daha fazla yaralanmalara ve şiddet artışına sebep

olduğu belirtilmektedir (137, 142, 143). Psikiyatrik başvuru grubunda %35, kontrol grubunda %28,6 oranındaki karşılıklı eş fiziksel şiddeti belirtilen çalışmaların şiddet ortalamalarını altında kalmaktadır. Bulgularımız daha geleneksel toplumlardaki şiddet düzeneğinin erkek rolünü yansıtıyor olabilir. Kadının erkeğe şiddet uygulaması toplumca kabul gören bir davranış olmadığı gibi bu tarz şiddete maruz kalan erkeğin de bunu gizleme eğilimi bu sonuçta etkili olabilir. Ayrıca kadın sıklıkla öğrenilmiş bir çaresizlikle erkeğin şiddetine cevap verme yerine, yeni bir ceza ile karşılaşmamak için durumu kabullenme eğilimine sahip olabilir (61, 144). Altınay ve Arat'ın çalışmalarında, “eşiniz size bugün dayak atacak olsa ne yaparsınız, nasıl tepki verirsiniz?” sorusuna yanıt olarak, görüşülen kadınların % 24'ü çeşitli sebeplerle bir şey yap(a)mayacaklarını söyledikleri ve bu oranın Doğu örnekleminde % 46'ya çıktığı belirtilmektedir (7). Güney Afrika'da yapılan bir diğer çalışmada, ev içi şiddetin kültürel olarak kabul gören bir davranış olduğunu söyleyenlerin oranı %58 olup bunu kişisel olarak kabul edenlerin sıklığı ise %34'dür. Bu oranlar bölgelere göre daha da artabilmektedir (145). Aynı erkek örneklemin kadın partnerleriyle bu durumu incelemek ilginç olabilirdi.

Bir diğer önemli bulgularımızdan biri, yüksek oranlarda olan çocukluk çağında ana baba şiddetine tanık olmayla uyumlu olarak, evlilikleri süresince eş fiziksel şiddetine çocukların yarıya yakını tanık olduklarını bildirmiş olmalarıdır (psikiyatrik başvuru grubunda %55,6, kontrol grubunda %42,3). Naçar ve arkadaşlarının sağlık ocağına başvuran hastalarla yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağında ana baba arasındaki şiddete tanık olanlar %66,2, başka bir çalışmada %50 oranında bildirilmiştir (19, 79). Ana baba arasındaki fiziksel şiddete çocukların yaklaşık 1/3'nün fiilen müdahale ettiği, 2/3'nün ise ağlama, üzgün ya da korkmuş görünme ve tepkisiz kalma şeklinde tepkiler verdiği bildirilmiştir. Kaya ve ark. üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada sadece anne-baba arasında fiziksel şiddet olması ile öğrencilerin boyun eğici davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Var olan süregelen şiddetin bireyin özdeşim süreçlerini etkilediği, bireyin duygularını dışa vurma ve kendini ifade edebilme becerisini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (146). Çocuklar doğrudan şiddete maruz kalmasalar bile, ana baba arasındaki şiddete tanık olmanın diğer çocukluk çağı travmaları ile benzer etkilere sebep olduğu bildirilmiş ve kısa dönemde çocuklarda görülen bazı belirtiler olarak saldırganlıkta artış, edilgenlik, çekilme, somatik belirtiler, bunaltı ve özkıyım girişimi saptanmıştır (147).

Önemli bulgularımızdan biri de gruplar arasındaki eş fiziksel şiddetinin düzeyiyle ilgiliydi. Psikiyatrik başvuru grubundakiler orta düzeyde şiddet uyguladıklarını belirtirken, kontrol grubundakiler ise hafif düzeyde şiddet uyguladıklarını bildirmişlerdir. Öte yandan şiddetin sıklığı açısından da karşılaştırıldığında psikiyatrik başvuru grubundakiler anlamlı

olmasa da daha sık şiddete başvurmaktaydılar. Ayrıca psikiyatrik başvuru grubunun yaklaşık yarıya yakını, kontrol grubunun ise yaklaşık 1/3'ü orta ya da ağır derecede şiddet uyguladığı tespit edilmiştir. Yine son bir yıldaki eş fiziksel şiddeti sıklığına baktığımızda psikiyatrik başvuru grubunda %36,8, kontrol grubunda ise %21,4 oranında olduğunu görmekteyiz. Gruplar arasındaki şiddet düzeyindeki farklılıklar iki bakımdan önemlidir. Birincisi, şiddet üzerine etkisi olabilecek tüm koşullardan bağımsız olarak her iki grupta şiddetin mutlak boyutlarda büyüklüğü ile ilgili çarpıcı yanı; ikincisi ise psikiyatrik destek için başvurmada temel motivasyonun psikiyatrik morbiditeden kaynaklı yük olmakla birlikte, psikiyatrik morbiditeye sebep olsun-olmasın geçmişte maruz kalınan şiddetin travmatik etkilerinin ya da güncel şiddetin uyumu bozan niteliğinin yardım arama davranışında etkili olabileceği yanı ile ilgilidir.

Kuşaklararası şiddet aktarımı

Çalışmamızda eş fiziksel şiddetiyle, psikiyatrik başvuru grubunda çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,01$). Kontrol grubunda ise böyle bir ilişki saptanmadı. Bu ilişki literatürde çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma ile aile içi fiziksel şiddet arasında pozitif ilişki bulan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bir bulgudur (7, 9, 79, 107, 145, 148). Çalışmamıza göre çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalanlar kalmayanlara göre yaklaşık 3,3 kat daha fazla eş fiziksel şiddetine başvurmaktaydılar. Gupta ve ark. yaptıkları bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmanın eş fiziksel şiddetini 3,2 kat artırdığını tespit etmişlerdir (9).

Her iki grupta çocukluk çağında ana baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olma ile eş fiziksel şiddeti arasında ise yüksek oranlara rağmen anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu bulgumuz eş fiziksel şiddeti ile çocukluk çağında ana baba fiziksel şiddetine tanık olma arasında ilişki bulan çalışmaların sonuçlarıyla çelişkilidir (9, 16, 149-151).

Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların çoğu, büyüdüklerinde şiddet uygulayan eşlere ya da ana babalara dönüşmeseler de şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır. Kaufman ve Zigler (1987) üç prospektif çalışmanın sonuçları kullanılarak kuşaklar arası geçiş oranını yaklaşık olarak %30 bulmuşlardır (152). Her ne kadar uyumlu çalışma sonuçlarından bahsedilse de araştırmaların çoğunda birbiriyle çelişen sonuçlara ulaşılmıştır. Zayıf ilişki bulan çalışmalar (153) yanında hiç ilişki bulmayan (154) çalışmalar da mevcuttur. Bu yüzden şiddet içeren bir ailede büyümek, kişinin erişkin olarak şiddet kullanma riskini artırmasına rağmen, arada kesin bir

ilişkiden bahsetmek zordur (155). Bizim çalışmamızda da her iki grupta aynı sonuca ulaşamamamız, şiddete maruz kalma ya da tanık olmanın yanında muhtemelen şiddetin kuşaklararası geçişinde katkısı olan başka faktörlerden de kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin ana baba arasındaki şiddete tanıklık sonrası çocuğun etkilenmesi, anadan babaya uygulanan şiddetle babadan anaya uygulanan şiddette farklılık göstermektedir. Anadan babaya yönelik şiddetin çocuklar üzerindeki etkisi, babadan anaya yönelik şiddete göre daha az olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde çocuğun anne tarafından şiddete maruz kalması, baba tarafından maruz kalmasından daha az zedeleyici olduğu belirtilmektedir (156). Altınay ve Arat'ın kadınlarla yapmış oldukları çalışmalarında çocukken veya gençken babalarından dayak yemiş olanların, eşlerinden dayak yeme oranı % 48 iken, babalarından dayak yememiş olanların eşlerinden dayak yeme oranı % 28'dir. Anneden dayak söz konusu olduğunda bu oranlar sırasıyla % 41 ve % 29 olarak tespit edilmiştir (7).

Sosyal öğrenme kuramına göre çocuklar, doğrudan davranışsal koşullanmalar sayesinde ve onların diğerlerinin davranışlarını gözleyerek örnek alma yoluyla ya da gördüklerinin pekişmesiyle öğrenmektedirler. Bu yüzden çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü olan ya da eşler arasındaki şiddete tanık olan ailelerin büyüttükleri çocuklar, bu davranışları şiddet olmayan aile ortamında yaşayan çocuklardan daha fazla örnek almakta ve hoş görmektedirler (155). Diğer taraftan Fonagy ve Target'e göre fiziksel ve duygusal kötüye kullanıma uğrayan çocuklarda, gelişim için gerekli olan nesneler arası öznel yaşantı eksik kalmaktadır ve her çocuk bu eksikliği başka şeylerle doldurmaktadır. Buna göre kırılğan psikolojik kendiliği olan çocuk, kendini ifade etme ve saldırganlık arasında patolojik bir bütünleşme oluşturmaktadır. Böylelikle şiddetin kapısının aralandığını ve saldırganlık döngüsü için zemin hazırladığı belirtilmektedir (128). Şiddet ve ihmal sonucu oluşan intrapsişik yapı, çoğu kez yine çeşitli biçimleriyle şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları, kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir (126).

Yapılmış bir çalışmada çocukluk çağında yakın eş şiddetine tanık olmuş kadınların çocuklarının, yakın eş şiddetine tanık olmamış kadınların çocuklarından daha fazla yakın eş şiddetine tanık oldukları bildirilmiştir (%49,1'e karşı %42,3) (157). Bunun sosyal öğrenme kuramıyla (158) uyumlu bir bulgu olduğundan yola çıkılarak, çocukluk çağında yakın eş şiddetine tanıklık etmiş kadınların şiddeti normal bir davranış olarak görme olasılığından dolayı, şiddetin çoğunlukla onların çocuklarının önünde meydana gelmesi daha muhtemel olabilmektedir. Bizim çalışmamızda çocukluk çağında ana baba şiddetine tanık olan

erkeklerin çocukları, tanık olmayanlara göre evlilikteki eş fiziksel şiddetine daha fazla tanık olmakla birlikte aradaki fark anlamlı bulunmadı (psikiyatrik başvuru grubunda %61,4'e karşı %55,6, kontrol grubunda %50'e karşı %42,3).

Öte taraftan çocukluk çağında aile içi fiziksel şiddete maruz kalma ile kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama arasında anlamlı ilişki bulamadık. Bu bulgumuz çocukluk çağında aile içi fiziksel şiddete maruz kalma ile kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama arasında ilişki bulan diğer araştırma sonuçlarıyla çelişkilidir (15, 19, 79, 145, 152, 159-163). Bunun sebebi kendisini olumsuz etkileyen bir davranışı çocuğuna uygulamaması ile ilgili olabilir. Var olan araştırmalar çocuk kötüye kullanımının kuşaklararası aktarım oranlarının, %7 gibi düşük bir değerden %70 gibi bir yüksek bir değere kadar büyük ölçüde değişkenlik gösterdiğini bulmuştur. (164-168). Araştırmaların çoğu her ne kadar şiddetin kuşaklararası geçişinin doğasını desteklese de kimi çalışmacılar bu varsayımın geçerliliği hakkında soruları aklı getirmektedir. Araştırmacılar kötüye kullanılan bir çocuk olmanın, istismarcı biri olma eğilimini artırdığını belirtirken, bu iki olay arasındaki yolun kaçınılmaz ve doğrudan olmadığı yönünde uyarmaktadırlar (152). Çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsünün varlığı anne babanın uygunsuz beklentileri, anne babanın iletişim eksikliği veya anne babanın duygusal desteğinin zayıflığı gibi ailesel sorunlar için belirleyici olabilir. Tüm bunlar şiddetin kuşaklararası geçişine aracılık edebilmektedir (169). Milner, Robertson and Rogers (1990) farklı yaşlarda ve farklı tiplerde çocukluk çağı istismarıyla daha sonra anne baba fiziksel istismarı arasındaki ilişkinin önemine dikkati çekerek, şiddetin aktarımında arttırıcı ya da azaltıcı belirli faktörlerin saptanması için daha ileri araştırmalara gereksinim olduğunu belirtmektedirler (170). Bizim çalışmamızda da çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma ile kendi çocuğuna şiddet uygulama arasındaki ilişkide daha kesin bir şey söylemek için yukarıda da belirtildiği gibi istismar yaşı, diğer istismar tipleri, istismarın güncel aile sorunlarına etkisi gibi faktörlerin ileri çalışmalarla aydınlatılması gerekmektedir.

İlginç noktalardan biri de psikiyatrik başvuru grubunda sadece psikiyatrik tanı alanlarla yaptığımız analizlerde, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma ile eş fiziksel şiddeti arasındaki daha önce de belirttiğimiz tüm grubun analizindeki anlamlılık daha da artmaktaydı. Bu veri psikiyatrik morbidite yükünün şiddetin kuşaklararası geçişinde etkili faktörlerden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Aile içi fiziksel şiddet ve psikiyatrik morbidite

Psikiyatrik hastalık ile aile içi şiddet ilişkisi üzerine çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır. Çoğu araştırmacı şiddetin kadının ruhsal sağlığını tehdit ettiğini işaret etmektedir (4, 114, 116, 171-174). Brezilya’da toplum tabanlı yapılan bir çalışmada herhangi bir şiddet tipine maruz kalan kadınlarda psikiyatrik bozukluk sıklığı %49 iken, şiddet görmeyenlerde bu sıklık %19,6 bulunmuştur. Yine bu çalışmada diğer değişkenler düzeltildiğinde şiddetin tüm formları ile psikiyatrik bozukluk arasında önemli derecede ilişki saptanmıştır (175). Yapılmış başka bir prospektif çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan erkek ve kadın ergenlerin erişkinliklerinde istismarcı ilişkilere girme risklerinin artmasına karşın, erken psikiyatrik öyküleri kontrol edildiğinde istismarcı ilişkilere giren kadınların erişkin psikiyatrik morbidite risklerinin yükseldiği, fakat erkeklerde böyle bir ilişkinin saptanmadığı bildirilmiştir (14). Bununla birlikte ruhsal hastalıkların şiddete sebep olmasında ne gerekli ne de yeterli olmadığını ve şiddetin major belirleyicilerinin düşük sosyoekonomik durum, erkek ve genç olma gibi sosyoekonomik ve sosyodemografik veriler olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Devamında ruhsal hastalığı olan kişilerin esas olarak şiddet mağduru olma riskini taşıdıkları belirtilmektedir. Bununla birlikte madde kullanımının ruhsal hastalığı olsa da olmasa da şiddeti arttığı söylenmektedir (176).

Çalışmamızda psikiyatri kliniğimize yardım amaçlı başvuran bir grubun yanında daha önce psikiyatrik başvurusu olmamış başka bir grubun verilerini karşılaştırmak, psikiyatrik morbidite yükünün şiddet üzerine olan etkilerine ilişkin önemli ipuçları vermektedir. Başlangıçta da belirttiğimiz gibi gruplar psikiyatrik morbidite yükü açısından farklılıklar göstermekteydiler. Psikiyatri başvuru grubunun çoğunu oluşturan kişilerin belli bir psikiyatrik hastalığı varken (%84,1), kontrol grubunda bu oran (%21,7) daha azdı. Dolayısıyla eş fiziksel şiddetini değerlendirdiğimizde, psikiyatri başvuru grubunda psikiyatrik morbidite yükünün daha fazla olmasından kaynaklı olarak, bu grupta eş fiziksel şiddetinin psikiyatrik morbiditeden daha fazla etkilenmiş olabileceğini söylemek mümkündür.

Nihayetinde psikiyatrik başvuru grubunda hem eş fiziksel şiddeti hem de kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet oranları daha yüksekti, fakat bu yükseklik anlamlı bir farklılık oluşturmuyordu (psikiyatrik başvuru grubunda eş fiziksel şiddeti %68,2, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %77; kontrol grubunda eş fiziksel şiddeti %60,9, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %61,5). Gruplar arasındaki yaklaşık %10-15 bir fark göz önüne alındığında, bu farkta psikiyatrik morbidite yükünün etkili olabileceği izlenimini vermektedir. Bu olası ilişki, Ehrensaft ve arkadaşlarının çalışmalarında psikiyatrik hastalık

varlığının hem kadın hem erkek için istismarcı ilişkilere girme riskini artırdığını bulmalarıyla uyumlu bir veri gibi görünmektedir (14).

Buna rağmen her iki grup kendi içinde psikiyatrik tanı varlığı açısından değerlendirildiğinde, psikiyatrik tanı varlığı ile eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ayrıca psikiyatrik tanı varlığı haricinde gruplar arasında anlamlı derecede farklılık yaratan major psikiyatrik tanı kategorilerinde de (sadece major depresyon, sadece anksiyete bozuklukları, major depresyon ve anksiyete bozukluğu olanlar) bu ilişki saptanmadı. Diğer taraftan çocukluk çağında şiddete maruz kalma ya da ana baba arasındaki şiddete tanık olma ile psikiyatrik tanı varlığı ve psikiyatrik tanı kategorileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ege Üniversitesinde psikiyatri kliniğinde kadın örnekleme yapılan benzer bir çalışmada tanı kategorilerinin hiçbirisi ile eş fiziksel kötüye kullanımı ya da çocuklukta fiziksel kötüye kullanım öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (19).

İki grup arasında eşe ve çocuğa yönelik şiddet oranlarındaki farklılığa rağmen, psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisinin saptanmaması, bu sonuçlarda etkili olabilecek başka faktörleri akla getirmektedir. Sosyodemografik özelliklerdeki farklılıklar, diğer istismar türleri, ailelerin sosyal destek biçimleri, travmatik olaylara atfedilen anlamlar, travmanın şiddeti-sıklığı gibi faktörler bu sonuçları etkileyebilmektedir. Ayrıca psikiyatrik başvuruda psikiyatrik rahatsızlığın yanında kişilerdeki şiddet yükü, kişinin yardım arama davranışlarını etkilemiş olabilir. Psikiyatrik başvuru grubunda aile içi şiddet daha fazla görülüyorsa ve psikiyatrik hastalığın şiddeti artırdığına ilişkin anlamlı bir farklılık bulamıyorsak, o zaman başvuran kişinin yardım arama davranışında psikiyatrik başvuru grubundaki ek şiddet yükünün etkili olmuş olabileceğini söylemek akla yatkın gibi gözükmektedir. Ancak bunu bulgularımızla söylemek zordur. Bundan dolayı rutin psikiyatrik muayenenin bir parçası olarak aile içinde gerek eşe gerekse de çocuğa yönelik şiddetin sorgulanması önem arz etmektedir.

Erkekler ve kadınlar arasında alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla eşe yönelik şiddet ilişkili bulunmuştur. Leonard ve arkadaşları (1985) evlilikte saldırganlık oranlarının güncel alkol sorunları olan (%44) erkeklerde, alkol kullanım bozukluğu olmayan (%15) ya da geçmişte alkol kullanım bozukluğu olan (%14) erkeklerden üç kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (110). Alkol kullanımına bağlı eş şiddeti genel popülasyondan yaklaşık %20 daha fazla bildirilmiştir (87). Çalışmamızda gruplar arasında evde alkol kullanımı oranlarında ve alkol kullanımının şiddet davranışı ile ilişkisine dair bildirimlerde bir farklılık bulunmadı. Ayrıca her iki grupta alkolün eşe ve çocuğa yönelik fiziksel şiddetle ilişkisi

saptanmadı. Vahip ve ark., çalışmalarında ise eşleri tarafından fiziksel şiddet gören grupta, alkol tüketen eş sayısı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (19). Aynı araştırma materyalini kullandığımız bu çalışmayla verilerimiz arasındaki bu farklılık dikkat çekicidir. Bu sonuç, erkeklerin alkolün olumsuz etkilerini daha fazla normalize etmeye çalışma ve dolayısıyla alkol kullanımıyla şiddet arasında ilişki kurmaktan kaçınma tutumlarıyla ilgili olabilir. Ayrıca bizim gibi özelleşmiş alkol madde ünitelerinin olmadığı sağlık kuruluşları ile Üniversite hastaneleri gibi bu konuda daha koordineli hizmet veren kuruluşlar arasında niteliksel farklar etkili olmuş olabilir. Alkolle ilişkili şiddet davranışlarını gösteren kişiler bizim gibi merkezleri daha az tercih etmiş ya da yönlendirilmiş olabilir.

Aile içi fiziksel şiddet ve sosyodemografik özellikler

Her iki grupta eşe ve çocuğa yönelik fiziksel şiddet ile çalışma durumu, ekonomik düzey, doğum bölgesi, yaşadığı mekan özellikleri, evlenme biçimi ve çocuk sayısı arasında ilişki saptamadık. Bu parametrelerle şiddeti ilişkili bulan (5, 6, 79,80, 84, 107, 139, 177-179) ve bulmayan (19, 180, 181) çeşitli çalışmalar yayımlanmıştır.

Kontrol grubunda kendi ve eşlerinin yaş ortalamalarının artışıyla eşe yönelik fiziksel şiddet ve kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet arasında bir bağ saptadık (eş fiziksel şiddeti için sırasıyla kendi ve eş yaş ortalamasının p değerleri $p=0,032$, $0,017$; kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet için sırasıyla kendi ve eş yaş ortalamasının p değerleri $p=0,043$, $0,021$). Bu bulgu yaşı ilerlemesiyle yaşam boyu eş fiziksel şiddetinin de toplamda artacağı beklentisiyle uyumlu bir bulgudur. Bunun yanında bu sonuçlardan insan yaşlandıkça daha fazla şiddet uygular sonucu çıkmamaktadır. Tam tersine her iki grupta son bir yılda şiddet uygulama öyküsü olan erkeklerin ve eşlerinin yaş ortalamalarının daha genç olduğunu saptadık. Örneğin, psikiyatrik başvuru grubunda son bir yılda eşe yönelik şiddet uyguladığını bildirenlerin ortalama yaşı 41,4 iken, 5 yıl öncesinde şiddet uyguladığını bildirenlerin yaş ortalaması 48,2 idi (Kontrol grubunda ise bu değerler, “0-1 yıl arasında” için 43, “5 yıl öncesi” için 47,2). Sonuçlardan yaş ortalamasının artışıyla birlikte erkeklerin eşlerine yönelik fiziksel şiddeti toplamda artış gösterirken, son 1 yılda şiddet uygulayan erkeklerin ise yaş ortalamalarının düştüğünü söylemek mümkündür. Bu bulgu literatürde aile içi şiddet oranlarının çiftlerin yaşlarının artmasına bağlı olarak bir dereceye kadar azalma eğilimi gösterebildiği verisiyle uyumludur (6, 106, 107). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun Türkiye genelini kapsayan çalışmasında (1998) eş tarafından dövülmenin yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuş, ancak 15-22 yaş arasında daha yüksek oranda saptanmıştır (139). Bizim çalışmamızda ise psikiyatrik başvuru grubunda 18-35 yaş aralığındaki katılımcılarla

kıyaslandığında, 36-45 yaş arasındaki katılımcıların eş fiziksel şiddetine 0,4 kat daha az başvurduklarını (OR 0,39, 95% CI 0,16-0,96), 46-65 arasındaki katılımcılarda ise anlamlı bir farklılık olmadığını saptadık. Gupta ve ark. çalışmalarında ise 18-29 yaş aralığındakilerin 60 yaş üzerindeki erkeklere göre 2 kat daha fazla eş fiziksel şiddetine başvurdukları saptanmıştır (9).

Çalışmamızda kontrol grubunda ortalama evli kaldığı sürenin artması ile eşe ve çocuğa yönelik şiddet artmaktaydı (eş fiziksel şiddeti için $p=0,046$; kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet için $p=0,019$). Evlilik süresinin artmasıyla birlikte toplamda şiddetin atması beklenen bir durumdur. Hıdıroğlu ve ark. çalışmalarında benzer bulgulara ulaşılmıştır (80). Kadınlarda, evliliklerinin ilk yıllarında ve daha genç yaşlarda şiddete daha sık rastlandığı bildirilmektedir (6). Kontrol grubunda kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet ile ortalama evlilik yaşı arasında ters bir ilişki vardı ($p=0,008$). Yani daha genç evlenenlerin çocuklarına daha fazla şiddet uyguladıkları saptandı. Çocuğa şiddet uygulayanların ortalama evlilik yaşı 23,1 iken, şiddet uygulamayanlarda ise 26,7 olarak saptandı. Sonuçlardan, muhtemelen daha olgun bir baba rolüne hazırlanamadan gerçekleştirilen evliliklerin daha fazla şiddet potansiyeli taşıdığını ifade etmek mümkündür.

Önemli bulgularımızdan biri de literatürle uyumlu olarak her iki grupta eğitim düzeyi düştükçe eş fiziksel şiddetinin artış gösterdiğiyle ilgiliydi (psikiyatri başvuru grubunda $p=0,046$; kontrol grubunda $p<0,001$) (2, 6, 7, 22, 77, 139, 179). Her iki grupta lise ve üniversite mezunları, ilkokul mezunları ve eğitimsizlere göre yaklaşık 0,27 kat daha az eş fiziksel şiddeti ile ilişki bulundu (psikiyatrik başvuru grubunda OR 0,27, 95% CI 0,10-0,72; kontrol grubunda OR 0,6, 95% CI 0,07-0,95). Eş fiziksel şiddeti ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişkinin varlığına rağmen kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

İki grup arasında aile üyeleri dışında evde başka birinin varlığı açısından bir farklılık yoktu. Her iki grupta ev içinde çekirdek aile üyeleri dışında başka birinin varlığı, eşe yönelik fiziksel şiddetle birliktelik bulunmazken, psikiyatrik başvuru grubunda ise bu durum kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddetle ilişki bulundu. Evde başka birinin varlığının çocuğa yönelik şiddeti azalttığı tespit edildi ($p=0,01$). Çeşitli araştırmalar geniş ailede yaşamayı aile içi şiddetle ilişkili bulmuşlardır (19, 182). Aile büyüdükçe şiddetin arttığını, özellikle kaynana ile anlaşmazlıklardan doğan sorunların geleneksel gelin-kaynana ikilemini yarattığını ve eşler arasında da çatışmaya yol açtığını bildirilmiştir. Diğer yandan aile içi dayanışma ile akrabalarla görüşme ve yardımlaşma oranları azaldıkça, şiddet ölçeği puanları yükseldiği belirtilmektedir (139). Psikiyatrik başvuru grubunda olan kişilerin psikiyatrik morbidite

yüküne destek olabilecek nitelikte kişilerden destek almaları, çoğu zaman şiddeti azaltan bir faktöre dönüşüyor olabilir.

Bununla birlikte psikiyatrik başvuru grubunda evde çocuk sayısından bağımsız olarak çocuk sahibi olmanın eş fiziksel şiddetini anlamlı düzeyde artırdığı saptandı ($p=0,01$). Çocuk varlığı, muhtemelen var olan psikiyatrik morbiditeye ek bir yük getirdiğinde şiddeti artıran bir duruma sebep olabilmektedir. Öte yandan çocuk varlığı bir yandan eş fiziksel şiddetini artırırken, öbür taraftan çocuğa yönelik fiziksel şiddeti niçin artırmadığını açıklayabilmek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmanın sınırlılıkları ve öneriler

Veriler retrospektif araştırıldığı için ortam koşulları ve anımsama güçlükleri verilerin güvenilirliği etkilemiş olabilir. Çalışmamız, bilgi almayı kolaylaştıracak ve bilginin güvenilirliğini olabildiğince artıracak biçimde tasarlanmış ve yürütülmeye çalışılmıştır. Görüşme koşulları her ne kadar uygun hale getirilmeye çalışılsa da katılımcıların, kendi özel yaşamlarıyla ilgili yanıtlar karşısında hoş karşılanmayacakları ya da yargılanacakları endişesi verilerin güvenilirliğini etkileyebilmektedir.

Hasta seçimi sırasında başvuran tüm erkek hastaların çalışmaya katılımı için dikkat etmeye çalıştık. Araştırmada klinik görüşme tek görüşmeci tarafından gerçekleştirilmiş olsa da hastayı genel poliklinikte ilk gören görüşmecinin tüm hastaları yönlendirip yönlendirmediğini kontrol etmek güçtür ve ilk görüşmeciden kaynaklı biaslar olmuş olabilir. Örneğin zor bir hasta içirme ölçütlerini karşılasa bile, oluşturduğu zorlu atmosfer yüzünden hekim üzerinde görüşmeye yönlendirmeme eğilimini yaratmış olabilir. Kontrol grubu oluşturulurken grubun homojenliğini kontrol etmedik. Bu grupta hasta yakını olarak kadın hastaya eşlik eden katılımcı, hastanın eşi olabildiği gibi kardeşi, diğer bir akrabası ya da komşusu olabilmektedir. Daha homojen örneğin sadece hasta eşleri kontrol grubu olarak alınsaydı daha sağlıklı kıyaslamalar yapmak mümkün olacaktı.

Bir diğer önemli nokta acil olgularının çalışma örneklemine dahil edilmeyişiydi. Oysa acile başvuran hastalar çoğu zaman daha fazla şiddet mağduru ya da saldırgan olabilmektedirler. Acil servise başvuru hastalarının da olduğu ve spesifik tanı kategorileri arasında karşılaştırmaya imkan verecek, daha yüksek katılımlı çalışmalara gereksinim vardır. Ayrıca ülkemizde bu konuyla ilgili ne kadın ne de erkek örnekleme yapılmış prospektif bir çalışma yoktur. Prospektif olarak dizayn edilmiş çalışmalar bu konuda önemli oranda ihtiyaçlara cevap olabilecektir.

Her ne kadar çalışmamızda sadece fiziksel şiddet olgusuna odaklansak da hiç bir ihmal ya da istismar biçiminin tek başına olmadığı, sıklıkla bir arada olabilecekleri ve birbirlerini etkiledikleri belirtilmektedir (70, 183). şiddetin kuşaklararası geçişinde bu diğer çocukluk ağı ihmal ve istismar biçimlerinin etkilerini araştırmak, karanlıkta kalan birçok noktayı açıklığa kavuşturabilir.



6. SONUÇ

Bu çalışmada büyük bir kentin merkezi bir hastanesinin psikiyatri kliniğine başvuran 88 kişilik psikiyatrik başvuru grubu ile 46 kişilik kontrol grubunun verileri karşılaştırılmıştır. Çalışmamız, ülkemizde erkek örnekleme fiziksel şiddetin ayrıntılı bir şekilde incelendiği tek klinik çalışma özelliğini taşımaktadır.

Sonuçlarımız şiddetin boyutlarını sergilemesi açısından önemlidir. Erkeğin aile içi şiddetteki saldırgan rolüne ilişkin güçlü bir delil sunmakla birlikte, şiddetin mağduru olmadığını göstermektedir. Psikiyatrik başvuru grubunun %68,2'sinde en az bir kez eş fiziksel şiddeti uygulama öyküsü alınırken, kontrol grubunda bu oran %60,9 olarak tespit edilmiştir. Erkek saldırganlığının bir diğer mağduru olan çocukların, psikiyatrik başvuru grubunda %77, kontrol grubunda %61,5 oranında baba fiziksel şiddetine maruz kalmaktadırlar.

Daha önemlisi bugünün saldırganlarının geçmişte şiddetin önemli oranda mağduru olduğunu görmekteyiz. Verilerimize göre psikiyatrik başvuru grubunun %86,4'ünün çocukluk çağında en az bir kez fiziksel şiddete uğradığı, %61,4'sinin çocukluk çağında ana babası arasındaki şiddete tanık olduğu; kontrol grubunda ise çocuklukta fiziksel şiddete maruziyetin %73,9, ana baba şiddetine tanıklığın %50 oranında olduğunu saptadık.

Psikiyatrik başvuru grubunda hem eş fiziksel şiddeti hem de kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet oranları daha yüksek olmasına karşın, fiziksel şiddet oranları anlamlı farklılık oluşturmamaktaydı. Verilerimizden yola çıktığımızda bu farklılığın oluşmasında psikiyatrik morbidite yükünün etkili olabileceğine ilişkin ilk etapta bir şüphe ortaya çıksa da psikiyatrik tanı varlığının şiddet oranlarını anlamlı düzeyde etkilemediği görüldü. Her iki grupta şiddet ile ilişkili bulduğumuz unsurlardan biri de eğitim düzeyleriyle ilgiliydi. Literatürle uyumlu olarak eğitim seviyesinin artmasının şiddeti azalttığı görüldü. Sonuçlar anlamlı bir birliktelik sunmasa da erken yaşta yapılan evliliklerde çocuklara yönelik şiddetin daha fazla ortaya çıktığını saptadık. Yine son bir yılda şiddet uygulama öyküsü olan erkeklerin ve eşlerinin yaş ortalamalarının daha genç olduğunu saptadık. Yani yaşın artışıyla birlikte şiddet uygulama hızı azalmaktaydı. Psikiyatrik başvuru grubunda 18-35 yaş aralığındaki katılımcılarla kıyaslandığında, 36-45 yaş arasındaki katılımcıların eş fiziksel şiddetine 0,4 kat daha az başvurdukları saptadık. Psikiyatrik başvuru grubunda evde çekirdek aile üyeleri dışında başka

birilerinin varlığı çocuğa yönelik şiddeti azalttığı saptanırken, çocuk varlığının ise eş fiziksel şiddetini artıran bir faktör olduğunu saptadık.

Çalışmamızda eş fiziksel şiddetiyle, psikiyatrik başvuru grubunda çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulduk. Çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmanın eş fiziksel şiddet riskini 3,3 kat artırdığını saptadık. Her iki grupta şiddete maruz kalma ya da tanık olmayla sonraki kuşaklarda eş ya da çocuğa yönelik şiddet uygulama arasında bu ilişkinin gösterilememesi, şiddetin kuşaklararası geçiş biçimlerinin karmaşık yapısına vurgu yapmaktadır.

Bu çalışmanın sonucunda, yüksek oranlarda saptadığımız erkek saldırganlığına paralel olarak, bize ağırlıklı olarak başvuran kadın hastalarımızın aile içi fiziksel şiddetten paylarını fazlasıyla aldıklarını görmekteyiz. Ayrıca psikiyatrik yardım talebinde, geçmişlerinde ya da şimdiki evliliklerinde şiddet yükünün payına ilişkin ipuçlara rastlamaktayız. Psikiyatri pratiğinde bunun yeterince dikkate alınmıyor olması önemli bir eksikliktir ve psikiyatristlerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması ve bilgi ve beceri düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Aile içi şiddetin gerek bütünü, gerekse ayrıntılarını daha yakından tanımamıza yardımcı olacak araştırmalara gereksinim vardır.

7. ÖZET

Amaç: Eş fiziksel şiddeti, çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı, kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama sıklığının ve bunlar arasındaki ilişkinin araştırılması; aile içi fiziksel şiddetin kuşaklararası geçiş özelliklerinin araştırılması; psikiyatrik morbidite yükünün saptanması ve bunun eş fiziksel şiddetiyle ilişkisinin tartışılması; şiddete katkıda bulunan sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak–Mart 2010 tarihleri arasında, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ardışık olacak şekilde muayene amaçlı ayaktan başvuranlardan seçilen 88 kişilik psikiyatrik başvuru grubuyla, hasta yakınlarından seçilen 46 kişilik kontrol grubu olmak üzere iki ayrı grup oluşturuldu. Tamamını erkeklerin oluşturduğu her iki gruba sırasıyla SCID-I (DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) ve Aile İçi Şiddet İçin Klinik Görüşme Formu I-II uygulandı.

Bulgular: Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından bir farklılık saptanmadı. Psikiyatrik başvuru grubu psikiyatrik tanı varlığı ve major psikiyatrik tanı kategorileri açısından kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar gösterdi. Psikiyatrik başvuru grubunun %68,2'si eşine, %77'si çocuğuna en az bir kez fiziksel şiddet uyguladığını, %86,4'ü çocukluk çağında en az bir kez fiziksel şiddete uğradığını, %61,4'ü ana babası arasındaki şiddete tanık olduğunu bildirdi. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla; eş fiziksel şiddeti %60,9, kendi çocuğuna yönelik fiziksel şiddet %61,5, çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet %73,9, ana baba şiddetine tanıklık %50 olarak saptandı. Son bir yıldaki eş fiziksel şiddetinin sıklığı ise psikiyatrik başvuru grubunda %36,8, kontrol grubunda ise %21,4 olarak saptandı. Gruplar arasında çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma, çocukluk çağında ana baba arasındaki fiziksel şiddete tanıklık, eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama oranlarında anlamlı farklılıklar saptanmadı. Eş fiziksel şiddetiyle psikiyatrik başvuru grubunda çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmanın eş fiziksel şiddet riskini 3,3 kat artırdığı saptandı. Psikiyatrik tanı varlığı ve major psikiyatrik tanı kategorileri ile eş fiziksel şiddeti ve kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Her iki grupta eşe ve çocuğa yönelik fiziksel şiddet ile meslek durumu, ekonomik düzey, doğum bölgesi, yaşadığı mekan özellikleri, evlenme biçimi, alkol kullanımı ve çocuk sayısı arasında ilişki saptanmadı. Son bir yılda eş fiziksel şiddetine başvuranların yaş ortalamaları

anlamalı bir birliktelik oluřturmasa da daha dūřuk olduđu bulundu. Her iki grupta eđitim dūzeyinin yūkselmesiyle birlikte fiziksel eř řiddetinin azalma gōsterdiđi saptandı.

Sonuç: Aile içi řiddet hem psikiyatrik destek için bařvuran grupta hem de psikiyatriye bařvurusu olmayan grupta yaygındır. Psikiyatrik destek için bize bařvuranlarda řiddet sıklıđının daha fazla olduđunu gōz ōnūne aldıđımızda, hizmet sunumu sırasında aile içi řiddet konusunda psikiyatristler daha dikkatli olmaladırlar. Her iki grupta eđitim dūzeyi ile eř fiziksel řiddeti arasındaki anlamalı iliřkilerin saptanması, eđitimin gruplardaki řiddet oranlarını etkileyen ōnemli faktōrlerden biri olduđunu dūřūndūrtmektedir. Aile ii řiddetin kuřaklararası geiřinden bahsedilse de bu iliřkinin kesin olduđunu sōylemek mūmkūn deđildir.



8. ABSTRACT

Objective: Current study aimed to investigate the rate of spouse violence, childhood physical abuse, physical violence toward own child and the relation between these parameters; the inheritance pattern of violence between the generations in the family; the load of psychiatric morbidity and its relation to spouse violence; the sociodemographic factors which contribute to violence.

Method: 88 patients who admitted to Sisli Etfal Research and Teaching Hospital Psychiatric Outpatient Unit consecutively between January-March 2010 were compared to 46 healthy controls who were chosen randomly from patients' relatives. Structured Clinical Interview for DSM-I Axis I Disorders (SCID-I) and Clinical Interview Forms for Intra-Familial Violence I-II were administered to participants who were all males.

Results: There was no difference between the groups in terms of sociodemographic features. Study group was significantly different from the control group in terms of psychiatric diagnosis and major diagnostic categories. 68.2% of the study group declared spouse violence, 77% declared violence toward own child, 86.4% declared childhood physical violence, 61.4% declared witnessing parental violence in childhood. In the control group the frequency of spouse violence was 60.9%, violence toward own child was 61.5%, childhood physical violence was 73.9%, witnessing parental violence was 50%. Frequencies of spouse violence in the previous year were 36.8% in the study group and 21.4% in the control group. No statistically significant difference was found between the groups in terms of childhood physical violence, spouse violence, witnessing parental violence and violence toward own child. In the study group a significant association was found between spouse violence and childhood physical violence. Childhood physical violence was increasing the spouse violence by 3.3 fold. No association was found between psychiatric diagnosis, major psychiatric diagnostic categories, spouse violence and violence toward own child. No association was found between violence toward own child and spouse and occupational status, economical status, place of birth, living environment, marriage style, alcohol use and number of children. Although not significant an association was found between spouse violence in the previous year and younger age.

Conclusion: Intra-familial violence is common in both groups. Psychiatrist should be aware of the high frequency of intra-familial violence as we found a high frequency of

violence in the study group. The association between education level and spouse violence suggests that education may be an important factor influencing the violence. Although a familial inheritance pattern for violence was previously mentioned, this relation needs further investigation.



9. KAYNAKLAR

1. Fountoulakis KN, Leucht FS, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21: 84-92.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA ve ark. *World Report on Violence and Health* 2002, World Health Organization.
3. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L ve ark. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;5;371(9619): 1165-1172.
4. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H ve ark. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 2009; 1-13.
5. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları, 1994. <http://www.aile.gov.tr/index/index/konu/123>.
6. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Ocak 2009. <http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/anasayfa.html>.
7. Altunay AG, Arat Y. Türkiye’de kadına yönelik şiddet. 2.Baskı, 2008. www.kadinayoneliक्सiddet.org.
8. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 2008;13: 131-140.
9. Gupta J, Silverman JG, Hemenway D ve ark. Physical violence against intimate partners and related exposures to violence among South African men. *CMAJ*, 2008;179(6): 535-541.
10. Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Longterm consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*, 1993;114: 68-79.
11. McCauley J, Kern DE, Kolodner K ve ark. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA*, 1997;7: 1362-1368.
12. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S ve ark. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 1998;155: 954-959.

13. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002;359: 1331-1336.
14. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*, 2006;163(5): 885-892.
15. Neugebauer R. Research on intergenerational transmission of violence: the next generation. *Lancet*, 2000;335: 1116-1117.
16. Martin SL, Moracco KE, Garro J ve ark. Domestic violence across generations: findings from northern India. *Int J Epidemiol*, 2002;31: 560-572.
17. Egeland B, Yates T, Appleyard K ve ark. The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social Polcy, Research, and Practice*, 2002;5(4): 249-260.
18. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J ve ark. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(4): 741-753.
19. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;17(2): 107-114.
20. World Health Organization. Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007: Scaling Up. WHO.
21. Lewis DO. Erişkin Antisosyal Davranışı, Suç ve Şiddet. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Türkçe çeviri, 2007; 2258-2272.
22. Polat O. Çocuk ve Şiddet. DER Yayınları, 2001.
23. Türk Dil Kurumu. Erişim; <http://www.tdkterim.gov.tr/bts/>. 2010.
24. Erten Y, Ardalı C. Saldırganlık, Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları. Şiddet, Cogito, Yapı Kredi Yayınları, 2001;6-7: 143-164.
25. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007;8: 206-214.
26. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*, 2008;165: 429-442.
27. Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M ve ark. The development of male offending: key findings from the first decade of the Pittsburgh Youth Study. *Stud. Crime Crime Prev*. 1998;7: 141-172.

28. Loeber R, Pardini D. Neurobiology and the development of violence: common assumptions and controversies. *Phil Trans R Soc B*, 2008;363: 2491-2503.
29. Abay E. Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3: 21-26.
30. Blair RJ. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain Cogn*, 2004;55: 198-208.
31. Bear D. Neurological perspectives on aggressive behaviour. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1991;3: 53-58.
32. New AS, Trestman RL, Mitropoulou V ve ark. Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry Res*, 1997;69: 17–26.
33. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Cooper TB ve ark. Central serotonin activity and aggression: inverse relationship with prolactin response to d-fenfluramine, but not CSF 5-HIAA concentration, in human subjects. *Am J Psychiatry*, 1997;154: 1430-1435.
34. Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 1997;54: 1081-1088.
35. De Almeida RM, Ferrari PF, Parmigiani S ve ark. Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA. *Eur J Pharmacol*, 2005;526: 51-64.
36. Dougherty DD, Bonab AA, Ottowitz WE ve ark. Decreased striatal D1 binding as measured using PET and [11C]SCH23,390 in patients with major depression with anger attacks. *Depress Anxiety*, 2006;23: 175-177.
37. Lumley LA, Robinson CL, Slusher BS ve ark. Reduced isolation-induced aggressiveness in mice following NAALADase inhibition. *Psychopharmacology (Berl)*, 2004;171: 375-381.
38. Hrabovszky E, Halasz J, Meelis W ve ark. Neurochemical characterization of hypothalamic neurons involved in attack behavior: glutamatergic dominance and coexpression of thyrotropin releasing hormone in a subset of glutamatergic neurons. *Neuroscience*, 2005;133: 657-666.
39. Coccaro EF, McNamee B. Biology of Agression: Relevance to Crime. *Psychopathology and Violent Crime*, AE Skodol (Ed), Washington, American Psychiatric Press, 1998; 99-128.

40. Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, Gruppe H, Mattay VS, Gallhofer B, Meyer-Lindenberg A. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J Neurosci*, 2005;25: 11489-11493.
41. Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: a quantitative synthesis. *Ment Retard Dev Disabli Res Rev*, 2004;10: 13-22.
42. Coccaro EF, Siever LJ. The neuropsychopharmacology of personality disorders, in *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Edited by Bloom FE, Kupfer DJ. New York, Raven Press, 1995; 1567-1579.
43. Hermans EJ, Ramsey NF, Honk JV. Exogenous testosterone enhances responsiveness to social threat in neural circuitry of social aggression in humans. *Biol Psychiatry*, 2007; 27.
44. Moffitt TE. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychol Bull*, 2005;131: 533–554.
45. Reif A, Rosler M, Freitag CM ve ark. Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology* 2007;32: 2375-2383.
46. Mik HM, Ehtesham S, Baldassarra L ve ark. Serotonin system genes and childhood-onset aggression. *Psychiatr Genet*, 2007;17: 11.
47. Meyer-Lindenberg A, Buckholtz JW, Kolachana B ve ark. Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2006;103: 6269-6274.
48. Davridge KM, Atkinson L, Douglas L ve ark. Association of the serotonin transporter and 5-HT1Dbeta receptor genes with extreme, persistent and pervasive aggressive behaviour in children. *Psychiatr Genet*, 2004;14: 143–146.
49. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK ve ark. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 1999;11: 1-13.
50. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64(1): 64-73.
51. Sapolsky R. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 925-935.

52. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A ve ark. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 2003;27(1-2):33-44.
53. Singer J, Singer D. *Handbook of Children and the Media*. Thousand Oaks, CA. 2001.
54. Baltaş Z. Sosyal şiddet, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Dalı, ders notları, 1997.
55. Balcıoğlu İ, Yavuz R, Tarhan N, Kocabaşoğlu N, Savrun M. *Biyolojik, Sosyolojik, Psikolojik Açıdan Şiddet*. Yüce yayım, 2000.
56. Monahan J. Major mental disorders and violence. In: Pinard G, Pagani L, eds. *Clinical Assessment of Dangerousness: Empirical Contributions*. UK: Cambridge University Press, 2001; 89-102.
57. Freud S. *Uygarlığın Huzursuzluğu*. Metis yayınları, 1. Basım, 1999.
58. Yıldırım A. *Sıradan şiddet, Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları*. Boyut Kitapları, 1. Basım, 1998.
59. Aktaş AM. *Aile içi şiddet, Kadının ve Çocuğun Korunması*. Kişisel gelişim serisi 11, Elma yayınevi, 1. Basım, 2006.
60. Moreno CG. WHO recommendations put women first. *Lancet*. 1999;354(9195): 2075-76.
61. Ünal G. Aile İçi Şiddet. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2005;2(7): 85-93.
62. Dünya Sağlık Örgütü (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. (Çev. Ed.: MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
63. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Çev.: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, 2001.
64. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 2000;6: 142-161.
65. İçli TG. *Aile içi şiddet: Ankara, İstanbul ve İzmir örneği*. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 1994;11(1-2): 7-20.

66. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, 2007-2010.
http://www.ksgm.gov.tr/Eylem_aileicisiddet.php
67. Casique L, Furegato ARF. Violence against women: theoretical reflections. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006;14(6): 950-956.
68. Zolotor AJ, Denham AC, Weil A. İntimate Partner Violence. *Prim Care Clin Office Pract*, 2009;36: 167-179.
69. Wynter AE. La violencia desde una perspectiva de Género. *Rev Enfermeras* 2001;37(1-2): 23-26.
70. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004;35: 82-86.
71. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38: 1214-1222.
72. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. MA: Williams & Wilkins, 1996; 1033-1041.
73. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*, 2002;26: 697-714.
74. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl*, 1991;15: 5-18.
75. Walker CE, Bonner BL. The physically and sexually abused child. Evaluation and treatment. Pergamon Press, New York, Goldstein AP, Krasner L, 1988; 3-161.
76. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA ve ark. Aile İçi Şiddet. Erişim; <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html>. 2010.
77. Alper Z, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Domestic violence: a study among a group of Turkish women. *Eur J Gen Pract Jun*, 2005;11(2): 48-54.
78. Tokuç B, Ekuklu G, Avcioglu S. Domestic violence against married women in Edirne. *J Interpers Violence*, 2009.
79. Naçar M, Baykan Z, Poyrazoğlu S, Çetinkaya F. Domestic Violence against Women in Two Primary Health Care Centers in Kayseri. *TAF Prev Med Bull*, 2009;8(2): 131-138.

80. Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karavuş M. Kadın ve Çocuklara karşı fiziksel şiddeti etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: İstanbul’da sağlık ocağı tabanlı bir çalışma. *New/Yeni Symposium Journal*; 2006;44(4): 196-202.
81. Güler N, Tel H, Tuncay FO. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005;27: 51-56.
82. Mayda AS, Akkuş D. Ev kadınlarına yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 2003;13: 51-58.
83. Turhan E, Güraksın A, İnandı T. Erzurum’da kadına yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 2006;16(3): 24-30.
84. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanısı. *Yeni Symposium*, 2002;40: 41-48.
85. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *The Lancet*, 2002;359: 1232-1237.
86. Polat O. Cinsiyete dayalı şiddet olgularına sağlık personelinin yaklaşımı. *İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı*, 2005.
87. Van der Kolk BA. Erişkinin fiziksel ve Cinsel Kötüye kullanımı. *Kaplan&Sadock’s Comprehensive textbook of psychiatry*, 8. Baskı, Türkçe çeviri, 2007; 2393-2398.
88. Finney A. Domestic violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the 2004/05 British Crime Survey, 2006.
89. National Institutes of Justice. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence; findings from the national violence against women survey. Washington DC: National Institutes of Justice and Centers for Disease Control, 2000.
90. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine* 2005;67: 791-797.
91. Usta J, Farver JAM, Pashayana N. Domestic violence: The Lebanese experience. *Public Health*; 2007;121: 208–219.
92. Xu X, Zhu F, O’Campo P ve ark. Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *Am J Public Health*; 2005;95: 78–85.
93. Bonomi AE, Anderson ML, Cannon EA ve ark. Intimate partner violence in Latina and Non-Latina women. *Am J Prev Med*; 2009;36(1): 43-48.

94. Ghazizadeh A. Domestic violence: a crosssectional study in an Iranian city. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2005;11: 5/6.
95. Babu BV and Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*, 2009;9: 129.
96. Oyunbileg S, Sumberzul N, Udval N ve ark. Prevalence and risk faktors of domestic violence among mongolian women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(11): 1873-1880.
97. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A ve ark. Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009;144: 168-172.
98. Heru AM, Stuart GL, Rainey S ve ark. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006;67: 23-29.
99. Hoffman BF, Toner BB. The prevalence of spousal abuse in psychiatric in-patients: a preliminary study. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1988;7: 53-60.
100. Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey, 2000.
101. Mckinney CM, Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Nelson S. Childhood Family Violence and Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence: Findings From a National Population-Based Study of Couples. *AEP*, 2009;19(1): 25-32.
102. Eilenberg J, Thompson Fullilove M, Goldman GR, Mellman L. Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients through mandated inquiry. *Psychiatric Services*, 1996;47: 165-169.
103. Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn JB ve ark. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 1996;47: 189-191.
104. Briere J, Woo R, McRae B ve ark. Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997;185: 95-101.

105. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol city, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2005;11(5/6): 870-879.
106. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. *Behind closed doors: Violence in the American family*, 1980.
107. Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for Domestic Violence: Factor Associated with Perpetration and Victimization. *J Clin Psychol*, 2000;56: 1289-1316.
108. Weaver L, Clum GA. Interpersonal violence: Expanding the search for long term sequal within a sample of battered women. *Journal of Traumatic Stress*, 1996;9: 783-803.
109. Pan HS, Neidig PH, O'Leary KD. Predicting mild and severe husband to wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994;62: 975-981.
110. Leonard KE, Bromet EJ, Parkinson DK ve ark. Pattern of alcohol use and physically aggressive behavior in men. *Journal of Studies on Alcohol*, 1985;46: 279-282.
111. Porcerelli JH, Cogan R, Hibbard S. Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *J Personal Disord*, 2004;18: 151-162.
112. Goodwin R, Stein M. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*, 2004;34: 509-520.
113. Paz I, Jones D, Byrne G. Child maltreatment, child protection and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005;18(4): 411-421.
114. Golding MJ. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 1999;14: 99-132.
115. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005;111: 380-383.
116. Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*, 2006;47: 730-741.
117. Woods SJ. Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: what we know and need to know. *J Interpers Violence*, 2005;20(4): 394-402.

118. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:(7); 887-892.
119. Kirby JS, Chu JA. Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Compr Psychiatry* 1999;34; 258-263.
120. Özçelik B. Erişkin kadın hastalarda çocukluk çağı istismarı ile erişkin psikopatolojisi arasında ilişki. Uzmanlık tezi, 2002.
121. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003;71(2): 339-352.
122. Tilley DS, Brackley M. Men who batter intimate partners: A grounded theory study of the development of male violence in intimate partner relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005;26: 281-297.
123. Leonore E, Walker LE. *The Battered Woman*, 1979;43.
124. Widom CS. The Cycle of Violence. *Science*, 1989;244: 160-166.
125. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet, nedenleri ve sonuçları. In: Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003.
126. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Derg*, 2002;13: 312-319.
127. Hamilton LR. Variables associated with child maltreatment and implications for prevention and treatment. *Child Abuse and Neglect: Theory, Research and Practice*, Pardeck JT (Ed.), Gordon Breach Science Publishers, 1989.
128. Fonagy P, Target M. Understanding the violent patient: the use of the body and the role of the father. *Int J Psychoanal*, 1995;76: 487-501.
129. Zeanah CH, Zeanah PD. Intergenerational transmission of maltreatment: Insights from attachment theory and research. *Psychiatry*, 1989;52: 177-196.
130. McClellan AC, Killeen MR. Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 2000;32(4): 353-360.
131. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, American Psychiatric Press, 1997.
132. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999;12: 233-236.

133. Doğanavşargil Ö, Vahip I. Fiziksel Eş Şiddetini Belirlemede Klinik Görüşme Yöntemi Klinik Psikiyatri; 2007;10: 125-136.
134. Post RD, Willett A, Franks R ve ark. Weissberg M. A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1980;137; 974-975.
135. Cascardi M, Mueser KT, DeGiralomo J, Murrin M. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatric Services*, 1996;47: 531-533.
136. Najavits LM, Sonn J, Walsh M, Weiss RD. Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors* 2004;29: 707-715.
137. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007;97:941-947.
138. Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health*, 1998;88:1702–1704.
139. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Aile Araştırma Kurumu Yayınları, 1998.
140. Stets JE, Straus MA. Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. In: Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1995: 151–165.
141. Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence Victims*, 2005;20: 393–406.
142. Gray HM, Foshee V. Adolescent dating violence: differences between one-sided and mutually violent profiles. *J Interpersonal Violence*, 1997;12: 126–141.
143. Feldman CM. Childhood precursors of adult interpartner violence. *Clin Psychol*, 1997;4: 307–334.
144. Özaydın N, Üner O, Akın A. Kadın ve Şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 1998; 8(3-4): 73-78.
145. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 2002; 55(9): 1603-1617.

146. Kaya M, Güneş G, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5: 5-10.
147. McDonald R, Jouriles EN. Marital aggression and child behaviour problems. Research findings, mechanisms, and intervention strategies. *Behavior Therapist*, 1991;14: 189-191.
148. Straus MA, Gelles RJ. Physical violence in American families. New Brunswick, NJ: Transaction. 1995.
149. Kalmuss D. The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 1984;46(1): 11–19.
150. Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1986;1: 101–122.
151. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(6): 599-617.
152. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry*, 1987;57(2): 186-192.
153. Tontodonato P, Crew BK. Dating violence, social learning theory, and gender: A multivariate analysis, *Violence and victims*, 1992;7: 3–14.
154. MacEwen KE, Barling J. Multiple stressors, violence in the family of origin, and marital aggression: A longitudinal investigation. *Journal of Family Violence*, 1988;3: 73–87.
155. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA ve ark. The intergenerational transmission of spouse abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 2000;62: 640–654.
156. Bandura A, Ross R, Ross S. Transmission References marked with an asterisk indicate studies included in the meta-analysis. of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1962;63: 575–582.
157. Cannon EA, Bono AE, Anderson ML, Rivara FP. The Intergenerational Transmission of Witnessing Intimate Partner Violence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(8): 706-708.
158. Bandura A. *Aggression: A Social Learning Theory Analysis*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall; 1973.

159. Zaidi LY, Knutson JF, Mehm JG. Transgenerational patterns of abusive parenting: analog and clinical tests. *Aggress Behav*, 1989;15: 137-152.
160. Simons RL, Whitbeck LB, Conger RD, Chyi-in W. Intergenerational transmission of harsh parenting. *Dev Psychol*, 1991;29: 44-52.
161. Egeland B. A history abuse is a risk factor for abusing the next generation. *Current controversies on family violence*'da, RJ Gelles, DR Loseke (eds) Sage, Newbury Park NJ, 1993;197-208.
162. Hemenway D, Solnick S, Carter J. Child rearing violence. *Child Abuse Negl*, 1994;18: 1011-1020.
163. Heyman RG, Slep AMS. Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and the Family*, 2002;64(4): 864–870.
164. Egeland B, Jacobvitz D, Papatola K. Intergenerational continuity of abuse. In R. J. Gelles, J. B. Lancaster (Eds.), *Child abuse and neglect. Biosocial dimensions* (pp. 255–276). 1987, New York: Aldine de Gruyter.
165. Egeland B, Jacobvitz D, Sroufe LA. Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 1988;59: 1080-1088.
166. Gil D. *Violence against children. Physical child abuse in the United States*. 1970, Cambridge, MA: Harvard University Press.
167. Hunter RS, Kilstrom N. Breaking the cycle in abusive families. *American Journal of Psychiatry*, 1979;136(10): 1320-1322.
168. Straus MA. Family patterns and child abuse in a nationally representative sample. *Child Abuse Neglect*, 1979;3: 213–225.
169. Milner JS and Chilamkurti C. Physical child abuse perpetrator characteristics: A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 1991;6: 345-366.
170. Milner JS, Robertson KR and Rogers DL. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 1990;5(1): 15-34.
171. Ellsberg M, Caldera T, Herrera A ve ark. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population based study. *American Psychologist*, 1999;54(1): 30-36.
172. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja R C. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *The British Journal of Psychiatry*, 2005;187(1). 62-67.

173. Nicolaidis C, Curry M, McFarland B, Gerrity M. Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*, 2004;19(8): 819-827.
174. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castan˜o J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 2005;67(5): 791-797.
175. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFLP ve ark. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 2008;66: 1008-1018.
176. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry* 2003;2(2): 121-124.
177. Yıldırım İ. Eşi dayak atan evli bireylerin özellikleri. *3P Dergisi*, 1996;4: 108-115.
178. Erbek E, Eradamlar E, Beştepe E ve ark. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*. 2004;17: 196-204.
179. Thompson RS, Bonomi AE, Melissa A ve ark. Intimate Partner Violence: Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006;30(6): 447-457.
180. Gülsen G, Kaya M, Pehlivan E. Tıp Fakültesi öğrencilerinin ailelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. *Toplum ve Hekim*, 2000;15: 391-397.
181. Andersson N, Ho-Foster A, Mitchell S ve ark. Risk factors for domestic physical violence: national cross sectional household surveys in eight southern African countries. *BMC Women's Health* 2007; 7:11: 1-13.
182. Turan M, Özkan İ, Telcioğlu M, Kucur R. Kadınlarda ruhsal hastalık ortaya çıkışı ile şiddete maruz kalma arasındaki niteliksel ilişki. *3P Dergisi*, 2000;8: 112-117.
183. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl*, 1991; 15: 5-18.

10. EK

AİLE İÇİ FİZİKSEL ŞİDDET İÇİN KLİNİK GÖRÜŞME FORMU

İsim-Soyadı:

Tarih:

No:

AİLE İÇİ FİZİKSEL ŞİDDET İÇİN KLİNİK GÖRÜŞME

BÖLÜM I

1. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Doğduğunuz günden bu yana hangi yerleşim birimlerinde (köy-kasaba-il-büyük şehir), ne kadar kaldınız?

Yerleşim Birimi

Süre (Yıl)

Hangi yaşlar arasında

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Oturduğunuz evin tipi nedir?

- a) Ev b) Apartman c) Gecekondu

5. Kendi eviniz mi?

- a) Benim üstüme tapulu
b) Eşimin üstüne tapulu
c) Kira
d) Diğer (Belirleyiniz. Örneğin, kayınpederin evinde onlarla birlikte veya altı üstlü, babasının evinde kira vermeden, bir akrabanın evinde yarı fiyatına vb.)

6. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuma-Yazması Yok e) Lise Mezunu
b) Okuma-Yazma Biliyor f) Yüksekokul Mezunu
c) İlkokul Mezunu g) Fakülte Mezunu
d) Ortaokul Mezunu

7. Para kazandığınız bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

8. Mesleğiniz nedir?

9. Çalışma yaşamınızın kaçınıcı yılındasınız?

10. Hiç uzun süreli izin, rapor kullandınız mı? Meslek hayatınıza ara verdiniz mi? Neden?

11. Medeni durumunuz nedir?

- a) Bekar
- b) Nişanlı veya söz kesilmiş
- c) Evli
- d) Boşanmamış ama ayrı yaşıyor
- e) Boşanmış
- f) Dul (eşi ölmüş)
- g) Birlikte yaşıyor (imam nikahıyla mı, yoksa nikahsız mı olduğunu belirtiniz)

12. Kaçınıcı evliliğiniz?

(Birden fazla evlilik varsa, hepsi ayrı ayrı sorgulanacak.)

13. Eşinizin kaçınıcı evliliği?

14. Kaç yaşında evlendiniz?

(Nikahlı değilse, kaç yaşında eşikle birlikte yaşamaya başladığı burada sorgulanacak.)

15. Kaç yıllık evlisiniz?

(İmam nikahlı veya nikahsız olarak birlikte yaşama süresi burada sorgulanacaktır.)

16. Eşiniz kaç yaşındadır?

17. Evlenme biçiminiz nedir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Görücü usulüyle
- b) Anlaşarak
- c) Akriba evliliği
- d) Kaçarak (kaçırarak)
- e) Başlık parası ile
- f) Çok eşlilik

(f seçeneği işaretlenmiş ise;)

1.Kuma var

2.Aynı evin içerisinde kendisi kuma konumunda

3. Diğer eş(ler) başka evde yaşıyor. (Evet ise kişinin konumu belirleyiniz, Örneğin; kendisi nikahlı, kendisinden önce başlayan bir evlilik var, kendisi imam nikahlı, sonradan nikahlanan bir başka eş var.)

18. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okuma-Yazması Yok
- b) Okuma-Yazma Biliyor
- c) İlkokul Mezunu
- d) Ortaokul Mezunu
- e) Lise Mezunu
- f) Yüksekokul Mezunu
- g) Fakülte Mezunu

19.Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

20.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) 0-250 Milyon
- b) 250-750 Milyon
- c) 750 Milyon-1 Milyar
- d) 1 Milyar ve üstü

21. Çocuklarınız var mı? Sırasıyla yaşları ve cinsiyetlerini yazar mısınız? (Kaybettiğiniz çocuğunuz varsa onu da doğum sırasına göre dahil edin ve kaç yaşında hangi nedenle kaybettiğinizi belirtin.)

Yaş

Cinsiyet

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. Evliliğiniz süresince eş ve çocuklarınız dışında, evinizde sizinle birlikte yaşayan kişiler oldu mu? Kimler? Ne zaman? Ne kadar süreyle?

23. Bu durum evin düzenini nasıl etkiledi?

a)Olumlu ise nasıl?

b)Olumsuz ise nasıl?

24. Anne-babanızın eğitim durumu nedir?

Eğitim Durumu

Anne

Baba

a) Okuma-Yazması Yok

.....

.....

b) Okuma-Yazma Biliyor

.....

.....

c) İlkokul Mezunu

.....

.....

d) Ortaokul Mezunu

.....

.....

e) Lise Mezunu

.....

.....

f) Yüksekokul Mezunu

.....

.....

g) Fakülte Mezunu

.....

.....

25. Kaç kardeşsiniz (Ölenler dahil cinsiyetleriyle kardeşleri sıralayınız)?

26. Anne-babanızın evlenme biçimi nedir?

(Birden çok şık işaretleyebilirsiniz.)

a) Görücü usulüyle

d) Kaçarak (Kaçırarak)

b) Anlaşarak

e) Başlık parası ile

c) Akriba evliliği

f) Çok eşlilik

(f seçeneği işaretlenmiş ise;)

1. Kuma var

2. Aynı evin içerisinde kendisi kuma konumunda

3. Diğer eş(ler) başka evde yaşıyor. (Evet ise kişinin konumu belirleyiniz. Örneğin; kendisi nikahlı, kendisinden önce başlayan bir evlilik var, kendisi imam nikahlı, sonradan nikahlanan bir başka eş var vb.)

27. Evlilikleri süresince anne baba ve kardeşleriniz dışında, evinizde sizinle birlikte yaşayan kişiler oldu mu? Kimler? Ne zaman? Ne kadar süreyle?

28. Bu durum evin düzenini nasıl etkiledi?

a)Olumlu ise nasıl?

b)Olumsuz ise nasıl?

29. Evli çocuğunuz var mı?

a)Evet

b)Hayır

(29. soru evet ise;)

30. Evli olan kaç çocuğunuz var?

31. Evli olan çocuğunuzun (veya çocuklarınızın) cinsiyetini, yaşını ve eşinin yaşını belirtiniz.

1)

3).....

2).....

4).....

32. Çocuğunuz (veya çocuklarınız) kaç yaşında evlendi?

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....

33. Çocuğunuz (veya çocuklarınız) kaç yıllık evli?

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....

34. Çocuğunuzun(veya çocuklarınızın) kaçınıcı evliliği?

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....

35. Çocuğunuzun evlenme biçimi;

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....
a) Görücü usulüyle d) Kaçarak(Kaçırarak)
b) Anlaşarak e) Başlık parası ile
c) Akrafa evliliği f) Çok eşlilik

(f seçeneği işaretlenmiş ise;)

1. Kuma var
2. Aynı evin içerisinde kendisi kuma konumunda
3. Diğer eş(ler) başka evde yaşıyor.(evet ise kişinin konumu belirleyiniz Örneğin;kendisi nikahlı, kendisinden önce başlayan bir evlilik var, kendisi imam nikahlı, sonradan nikahlanan bir başka eş var vb.)

36. Çocuğunuz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....

37. Çocuğunuzun eşi gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1)..... 3).....
2)..... 4).....

38. Çocuklarınızın ekonomik durumlarını nasıl tanımlarsınız?

- a) 0-250 Milyon b) 250-750 Milyon
c) 750 Milyon-1 Milyar d) 1 Milyar ve üstü
1)..... 3).....
2)..... 4).....

39. Evlilikleri süresince eşi ve çocukları dışında, çocuğunuzun evinde onlarla birlikte yaşayan kişiler oldu mu? Kimler? Ne zaman? Ne kadar süreyle?

- 1).....
2).....
3).....
4).....

40. Bu durum evin düzenini nasıl etkiledi?

- a) Olumlu ise nasıl?

b) Olumsuz ise nasıl?

AİLE İÇİ FİZİKSEL ŞİDDET İÇİN KLİNİK GÖRÜŞME

BÖLÜM II

1. Çocuk yetiştirirken dayak, kulak çekme, vurma, çimdikleme ve başka türlü kaba kuvvete başvurma toplumumuzda oldukça yaygındır. Siz çocukluğunuzda bunları hiç yaşadınız mı ?

- a) Evet b) Hayır

(1. soruya yanıt hayır ise, 2. soruya gidiniz. 1. soruya yanıt evet ise;)

1.1 Kim ya da kimler tarafından?

1.2 Kaba kuvvetle ne sıklıkla karşı karşıya kaldınız?

- a. Her gün d. İki üç ayda bir
b. Haftada bir e. Yılda bir
c. Ayda bir f. Çok nadir

1.3 Kaba kuvvetle ne şiddette karşı karşıya kaldınız?

- a. Hafif
b. Orta
c. Şiddetli
d. Çok Şiddetli

1.4 Kaba kuvvetle nasıl karşı karşıya kaldınız?

- a. Elle (Belirleyiniz: Örneğin, çimdik, tokat, yumruk, tekme vb)
b. Cisimle (Belirleyiniz: Örneğin, odun, sopa, maşa vb)
c. Silahla (Belirleyiniz.)

1.5 Karşılaştığınız en ciddi düzeyde şiddeti düşünerek cevap veriniz.

- a. Vücudunuzda iz bırakacak düzeyde
b. Ertesi gün ağrı hissedecek düzeyde
c. Hareketlerinizi kısıtlayacak düzeyde
d. Günlük aktiviteleri yapmayı engelleyecek düzeyde (okula gidememe, ödevlerini yapamama, işe gidememe, işini yapamama, ev işlerini yapamama vb.)
e. Hiçbiri (Yukarıdakilerin hepsinden daha hafif.)

(d seçeneği işaretlenmiş ise engel olan durumu açıklayınız.)

- 1) Fiziksel durum.....
2) Ruhsal durum.....

2. Ailenizde sizden başka hiç bu türden kaba kuvvete maruz kalan biri oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

(2. soruya yanıt hayır ise, 3. soruya gidiniz. 2. Soruya yanıt evet ise;)

2.1 Kim ya da kimler?

2.2 Kim ya da kimler tarafından?

2.3 Kaba kuvvetle ne sıklıkla karşı karşıya kaldınız?

- a. Her gün d. İki üç ayda bir
b. Haftada bir e. Yılda bir
c. Ayda bir f. Çok nadir

2.4 Kaba kuvvetle ne şiddette karşı karşıya kaldı?

- a. Hafif
- b. Orta
- c. Şiddetli
- d. Çok şiddetli

2.5 Kaba kuvvetle nasıl ve neyle karşı karşıya kaldı?

- a. Elle (Belirleyiniz: Örneğin, çimdik, tokat, yumruk, tekme vb)
- b. Cisimle (Belirleyiniz: Örneğin, odun, sopa, maşa vb)
- c. Silahla (Belirleyiniz.)

2.6 Karşılaşılan en ciddi düzeyde şiddeti düşünerek cevap veriniz.

- a. Vücudunda iz bırakacak düzeyde
- b. Ertesi gün ağrı hissedecek düzeyde
- c. Hareketlerini kısıtlayacak düzeyde
- d. Günlük aktiviteleri yapmayı engelleyecek düzeyde (okula gidememe, ödevlerini yapamama, işe gidememe, işini yapamama, ev işlerini yapamama vb).
- e. Hiçbiri (Yukarıdakilerin hepsinden daha hafif.)

(d seçeneği işaretlenmiş ise engel olan durumu açıklayınız.)

- a. Fiziksel durum.....
- b. Ruhsal durum.....

3. Ailenizde anne-babanızdan başka kaba kuvvet uygulayan oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

(3. soruya yanıt evet ise;)

3.1 Kim(ler)?

4. Size göre, kaba kuvvet (dayak, kulak çekme, vurma vb.) uygulanmasının nedeni neydi?

5. Sizce dayığı hak etmiş miydiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

(5. Soruya yanıt evet ise;)

5.1 Nasıl? Açıklayınız.

6. Sizin dışınızda kaba kuvvete maruz kalan kişi veya kişilerin dayığı hak ettiğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

(6. Soruya yanıt evet ise;)

6.1 Nasıl? Açıklayınız.

7. Kardeşlerinize ve size kaba kuvvet uygulanırken, kız-erkek ayrımı yapıldığını düşünüyor musunuz?

8. Evlilikleri süresince annenizle babanız arasında hiç kaba kuvvete şahit oldunuz mu veya bir başkasından duydunuz mu? (Tanık olma mı, duyma mı belirleyiniz.)

- a) Evet
- b) Hayır

(8.Soruya yanıt hayır ise 9. soruya gidiniz. 8. Soruya yanıt evet ise;)

8.1 Kim tarafından?

8.2 Kaba kuvvet ne sıklıkla meydana gelmekteydi?

- | | |
|----------------|--------------------|
| a. Her gün | d. İki üç ayda bir |
| b. Haftada bir | e. Yılda bir |
| c. Ayda bir | f. Çok nadir |

8.3 Kaba kuvvet ne şiddette meydana gelmekteydi?

- a. Hafif
- b. Orta
- c. Şiddetli
- d. Çok Şiddetli

8.4 Kaba kuvvet nasıl ve ne şekilde uygulanmaktaydı?

- a. Elle(Belirleyiniz: Örneğin, çimdik, tokat, yumruk, tekme vb)
- b. Cisimle (Belirleyiniz: Örneğin, odun, sopa, maşa vb)
- c. Silahla (Belirleyiniz.)

8.5 En şiddetli kaba kuvveti düşünerek cevap veriniz.

- a. Vücudunda iz bırakacak düzeyde
- b. Ertesi gün ağrı hissedecek düzeyde
- c. Hareketleri kısıtlayacak düzeyde
- d. Günlük aktiviteleri yapmayı engelleyecek düzeyde (okula gidememe, ödevlerini yapamama, işe gidememe, işini yapamama, ev işlerini yapamama vb)
- e. Hiçbiri (Yukarıdakilerin hepsinden daha hafif.)

(d. seçeneği işaretlenmiş ise engel olan durumu açıklayınız.)

- 1)Fiziksel durum.....
- 2)Ruhsal durum

9. Evde alkol kullanan var mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır

(9.Soruya yanıt evet ise;)

9.1 Kaba kuvvet ile alkol arasında bağlantı oluyor muydu? Açıklayınız.

10. (Evlerinde yaşayan başkaları varsa) Anne ve babanızın evinde nın da yaşadığını söylediniz. Kaba kuvvet kullanılmasındanın etkisi var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

(10.Soruya yanıt evet ise;)

10.1 Nasıl ? Açıklayınız.

11. Kaba kuvvet meydana geldiğinde ne gibi tepkiler göstermişlerdi?

12. Evliliğin iyi yanları yanında yaşamı paylaşmaktan gelen bazı zor tarafları da vardır. Evliliğinizde yaşanan anlaşmazlık, gerginlik durumlarında, sizinle eşiniz arasında hiç kaba kuvvet meydana geldiği oldu mu?

- a)Evet
- b)Hayır

(12.Soruya yanıt hayırsa 13. soruya gidiniz 12. Soruya yanıt evetse;)

12.1 Kim tarafından?

12.2 Kaba kuvvetle ne sıklıkla karşı karşıya kaldınız?

- | | |
|----------------|--------------------|
| a. Hergün | d. İki üç ayda bir |
| b. Haftada bir | e. Yılda bir |
| c. Ayda bir | f. Çok nadir |

12.3 Kaba kuvvetle ne şiddette karşı karşıya kaldınız?

- a. Hafif
- b. Orta
- c. Şiddetli
- d. Çok Şiddetli

12.4 Kaba kuvvetle nasıl ve neyle karşı karşıya kaldınız?

- a. Elle (Belirleyiniz: Örneğin, çimdik, tokat, yumruk, tekme vb)
- b. Cisimle (Belirleyiniz: Örneğin, odun, sopa, maşa vb)
- c. Silahla (Belirleyiniz)

12.5 Karşılaştığınız en ciddi düzeyde kaba kuvveti düşünerek cevap veriniz.

- a. Vücudunuzda iz bırakacak düzeyde
- b. Ertesi gün ağrı hissedecek düzeyde
- c. Hareketlerinizi kısıtlayacak düzeyde
- d. Günlük aktiviteleri yapmanızı engelleyecek düzeyde (okula gitme, ödevlerini yapma, işe gitme, işini yapabilme, ev işlerini yapabilme, vb.)
- e. Hiçbiri (Yukarıdakilerin hepsinden daha hafif.)

(d seçeneği işaretlenmiş ise engel olan durumu açıklayınız.)

- 1) Fiziksel durum.....
- 2) Ruhsal durum

13. En son ne zaman kaba kuvvet meydana geldi?

14. Evliliğinizde ilk ne zaman kaba kuvvet meydana geldi? Kim kime vurdu? Ne için?

15. Çocuklarınız eşinizle aranızdaki kaba kuvvete hiç şahit oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

(15. Soruya yanıt evet ise;)

15.1 Nasıl tepki gösterdiler? Açıklayınız.

16. Kaba kuvvet nedeniyle, herhangi bir kişi ya da kurumdan hiç yardım istediniz mi? (Belirleyiniz.)

17. Komşularınız bu durumdan haberdar oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

(17 .Soruya yanıt evet ise;)

17.1 Nasıl tepki gösterdiler? Açıklayınız.

18. Ailenizin bundan haberi oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

(18. Soruya yanıt evet ise;)

18.1 Nasıl tepki gösterdiler? Açıklayınız.

19. Çocuğunuz söz dinlemediğinde veya bir hata yaptığında hiç sizin ve/veya eşinizin çocuğunuza vurduğu/çimdirdiği/kulağını çektiği vb. şekilde kaba kuvvete başvurduğu oldu mu?

- | | <u>Siz</u> | <u>Eşiniz</u> |
|----------|------------|---------------|
| a) Evet | | |
| b) Hayır | | |

(19 soruya yanıt hayır ise; 22. soruya gidiniz.)

20. Kız-erkek ayrımı oluyor mu? (Siz? Eşiniz?)

(20. Soruya yanıt hayır ise;)

20.1 Bazen istemeden de olsa böyle ayrımlar olabilir. Sizde hiç oldu mu?

21. Size göre bu duruma yol açan olay/durum neydi?

21.1 Siz uyguladığınızda sebep neydi?

21.2 Eşiniz uyguladığında sebep neydi?

(Görüşmeciyeye not: Çocuklar arasında belirgin yaş farkı varsa ve büyük çocuklar cezalandırma vb. amaçlarla küçüklere şiddet uyguluyorsa not ediniz.)

22. Evde alkol kullanan var mı?

- a) Evet b) Hayır

(22. Soruya yanıt evet ise)

22.1 Kaba kuvvet ile alkol arasında bağlantı oluyor muydu? Açıklayınız.

23. (Evde yaşayan başkaları varsa) Evinizde nın da yaşadığını söylediniz. Kaba kuvvet uygulanmasında nın etkisi var mı?

- a) Evet b) Hayır

(23. Soruya yanıt evet ise;)

23.1 Nasıl? Açıklayınız.

24. Kaba kuvvet meydana geldiğinde bugüne kadar ne gibi tepkiler gösterdiler?