TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA İLİ GÖLBAŞI İLÇESİ 2 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ DİLİMİ ŞİDDET GÖREN VE GÖRMEYEN KADINLARDA BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRESİF ÖĞE YÜKÜ

Serap ÜNAL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA

2010- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA İLİ GÖLBAŞI İLÇESİ 2 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ DİLİMİ ŞİDDET GÖREN VE GÖRMEYEN KADINLARDA BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRESİF ÖĞE YÜKÜ

Serap ÜNAL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA

2010- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/10/2010

İmza
Prof. Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA
Ankara Üniversitesi
Raportör

İmza
Prof. Dr. Sefer AYCAN
Gazi Üniversitesi

İmza
Prof. Dr. Feride Bilgehan Aksu TANIK
Ankara Üniversitesi

İmza
Doç. Dr. Seher Nazlı ATAK
Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	1
1.1 Konunun Önemi	1
1.2 Şiddet Kavramı	3
1.2.1 Şiddetin Oluşumu ve Ortaya Çıkması	4
1.2.2 Şiddet Döngüsü	5
1.2.3 Şiddetin Nedenleri	6
1.2.3.1 Biyolojik Nedenler	6
1.2.3.2 Psikososyal Faktörler	7
1.2.3.3 Şiddet İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar	8
1.2.3.4 Diğer Nedenler	8
1.2.4 Şiddetin Türleri	9
1.3 Aile ve Aile Kavramı	10
1.3.1 Aile Türleri	12
1.4 Aile İçi Şiddet	14
1.5 Kadına Yönelik Şiddet	16
1.5.1 Kadına Yönelik Şiddete Etki Eden Faktörler	17
1.5.1.1 Dinsel Etkenler	17
1.5.1.2 Yasal Sistemin Etkisi	18
1.5.1.3 Ekonomik Sistemin Etkisi	18
1.5.1.4 Medyanın Etkisi	19
1.5.2 Kadına Yönelik Şiddetin Tarihsel Gelişimi	19
1.5.3 Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	20
1.5.3.1 Psikolojik Yaklaşım	21
1.5.3.2 Sosyokültürel Yaklaşımlar	23
1.5.3.3 Politik-Feminist Yaklaşımlar	25

1.6 Dünya'da ve Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet 25
1.6.1 Dünya'da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet 26
1.6.2 Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet 31
1.6.2.1 Türkiye'de Aile İçi Şiddet ve İntihar 34
1.6.2.2 Türkiye'de Töre ve Namus Adına İşlenen Kadın Cinayetleri 35
1.6.3 Kadına Yönelik Şiddetin Türleri 36
1.6.4 Şiddet Uygulayan ve Şiddete Maruz Kalan Bireylerin Özellikleri 39
1.6.4.1 Şiddet Uygulayan Erkeklerin Özellikleri 39
1.6.4.2 Şiddete Maruz Kalan Kadınların Özellikleri 40
1.6.5 Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri 40
1.7 Kadına Yönelik Şiddetin Etkileri 42
1.7.1 Aile İçi Şiddetin Psikososyal Etkileri 42
1.7.1.1 Aile İçi Şiddetin Özgüvene Etkileri 42
1.7.1.2 Aile İçi Şiddetin Evliliğe Etkileri 42
1.7.1.3 Aile İçi Şiddetin Çocuklara Etkileri 43
1.7.2 Aile İçi Şiddetin Sosyoekonomik Etkileri 43
1.7.3 Aile İçi Şiddetin Sağlık Üzerine Etkileri 44
1.7.3.1 Aile İçi Şiddetin Beden Sağlığı Üzerine Etkileri 45
1.7.3.2 Aile İçi Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri 46
1.8 Depresyon İle İlgili Genel Bilgiler 50
1.8.1 Depresyon Kavramı 50
1.8.2 Depresyonun Belirtileri 51
1.8.3 Depresyonun Türleri 53
1.8.4 Depresyonun Etiyolojisi 53
1.8.5 Depresyon İle İlgili Özellikler 56
1.8.5.1 Yaygınlığı 56
1.8.5.2 Cinsiyet 57
1.8.5.3 Yaş 59
1.8.5.4 Evlilik Durumu 59
1.8.5.5 Sosyoekonomik Durum 59
1.8.5.6 Sosyal Çevre 60
1.8.5.7 Depresyonun Değişen Yüzü 60

1.8.5.8 Sonuçlar 60
1.9 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Sağlık Çalışanları, Toplum ve Türk Hukuk Sisteminin Yaklaşımı 61
1.9.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı 61
1.9.2 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Toplumun Yaklaşımı ve Medyanın Rolü 63
1.9.3 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Hukuk Sisteminin Yaklaşımı 63
1.9.3.1 Yasal Gelişmeler 64
1.9.3.2 Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Çalışmaları 67
1.9.3.3 Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Öneriler 69
1.10 Araştırmanın Amacı 70
2.GEREÇ ve YÖNTEM 72
2.1 Araştırmanın Modeli 72
2.1.1 Araştırma Grubunun Seçim Kriteri 72
2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer 72
2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi 72
2.4 Araştırmanın Hipotezleri 73
2.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 73
2.6 Veri Toplama Araçları 74
2.6.1 Anket Formu 75
2.6.2 Beck Depresyon Ölçeği 75
2.6.2.1 Ölçeği Çeviren(ler) 76
2.6.2.2 Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliği 77
2.6.2.3 Ölçeğin Değerlendirilmesi 78
2.7 Araştırmanın Etiği 78
2.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 79
2.9 Verilerin Değerlendirilmesi 79
2.10 Araştırmanın Süresi 79
2.11 Araştırmanın Sınırlılıkları 80
3.BULGULAR 81
3.1 Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri 81
3.2 Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Aile İçi Şiddet İle İlgili Verilere Göre Dağılımı 89

3.3 Araştırma Kapsamına Giren Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Durumu ve Şiddete Maruziyet ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Durumunun İrdelenmesi 97

4.TARTIŞMA 122

4.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi 130

4.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi 132

5.SONUÇ ve ÖNERİLER 138

ÖZET 145
SUMMARY 146
KAYNAKLAR 147
EKLER 154
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU 155
EK-2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 158
EK-3 VALİLİK ONAYI 161
EK-4 KAYMAKAMLIK ONAYI 162
EK-5 ETİK KURUL ONAYI 163
ÖZGEÇMİŞ 164

ÖNSÖZ

Toplumsal bir gerçek olan kadına yönelik şiddet, tüm toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de önemle üzerinde durulması gereken bir sorundur. Gündelik yaşamın pek çok boyutunda ve farklı biçimlerde karşımıza çıkan şiddet olgusu, kadınları özellikle de onların sağlıklarını önemli ölçüde tehdit etmekte diğer bir deyişle kadınların şiddete uğramaları, sağlık açısından ciddi fiziksel/ruhsal sorunların yaşanmasına sebebiyet vermekte ve özellikle ruh sağlığı sorunları içinde depresyon oluşumu açısından risk oluşturmaktadır.

Şiddet mağduru olan ve olmayan kadınların depresyon öğe yükünü karşılaştırmak amacıyla yapılması hedeflenen bu çalışmada Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş arasındaki kadınlarda çalışma yürütülmüştür.

Çalışmam süresince, yoğun çalışmalarına rağmen engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, benden desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA'ya;

Çalışmamın çeşitli aşamalarında beni yönlendirerek çalışmama katkıda bulunan, deneyim ve bilgileriyle yön gösteren Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli hocalarına;

Yüksek lisans eğitimimde ve mesleki gelişimimde sağladıkları olanaklar ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olan sevgili aileme;

Ve ülkemizde kadının eğitimi ve statüsünün yükseltilmesinin önünü açan büyük önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e en derin teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BM	Birleşmiş Milletler
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women/Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition/Zihinsel Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu 4
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nurses/ Uluslararası Hemşirelik Konseyi
KSGM	Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü
M.Ö.	Milattan Önce
MMPI-D	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression scale/ Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Depresyon Alt Testi
M.S.	Milattan Sonra
PİAR	Piyasa ve Kamuoyu Araştırmacılar Derneği
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences/Sosyal Bilimler İstatistik Paketi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YTL	Yeni Türk Lirası

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 81

Çizelge 3.1.2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı 82

Çizelge 3.1.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı 82

Çizelge 3.1.4. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı 83

Çizelge 3.1.5. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı 83

Çizelge 3.1.6. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile Tipine Göre Dağılımı 83

Çizelge 3.1.7. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı 84

Çizelge 3.1.8. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Dağılımı 84

Çizelge 3.1.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Konut Tipine Göre Dağılımı 85

Çizelge 3.1.10. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ankara'da Yaşama Süresine Göre Dağılımı 85

Çizelge 3.1.11. Araştırma Kapsamına Giren ve Ankara'ya Göç Eden Kadınların Önceki İkamet Yerine Göre Dağılımı 86

Çizelge 3.1.12. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı 86

Çizelge 3.1.13. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı 87

Çizelge 3.1.14. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı 87

Çizelge 3.1.15. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Şekillerine Göre Dağılımı 88

Çizelge 3.1.16. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sırasına

Göre Dağılımı 88

Çizelge 3.1.17. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı 88

Çizelge 3.2.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu 89

Çizelge 3.2.2. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı 90

Çizelge 3.2.3. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Maruz Kaldıkları Fiziksel, Duygusal (Psikolojik) ve Cinsel Şiddet Yöntemlerine Göre Dağılımı 91

Çizelge 3.2.4. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Gördükleri Bireylere Göre Dağılımı 92

Çizelge 3.2.5. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddetin Sıklığına Göre Dağılımı 92

Çizelge 3.2.6. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Gösterdikleri Tepkilere Göre Dağılımı 93

Çizelge 3.2.7. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Yaşadıkları Fiziksel Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı 94

Çizelge 3.2.8. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Yaşadıkları Ruhsal Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı 95

Çizelge 3.2.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Şiddet Görmeyi Haketmesi Hakkındaki Görüşleri 96

Çizelge 3.2.10. Araştırma Kapsamına Giren ve Şiddeti Hakettiğini Belirten Kadınların Belirttikleri Nedenler 96

Çizelge 3.3.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların BDÖ Puan Ortalamaları 97

Çizelge 3.3.2. Araştırma Kapsamına Giren Aile İçi Şiddete Maruz Kalan ve Kalmayan Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Olası Depresyon Tanısı Alma Durumları 98

Çizelge 3.3.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaş Dilimlerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 98

Çizelge 3.3.4. Kadınların Yaş Dilimleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma

Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 99

Çizelge 3.3.5. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 99

Çizelge 3.3.6. Kadınların Öğrenim Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 100

Çizelge 3.3.7. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Medeni Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 101

Çizelge 3.3.8. Kadınların Medeni Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 101

Çizelge 3.3.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Mesleki Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 102

Çizelge 3.3.10. Kadınların Mesleki Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 103

Çizelge 3.3.11. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çalışma Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 103

Çizelge 3.3.12. Kadınların Çalışma Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 104

Çizelge 3.3.13. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyal Güvenceye Sahip Olma ve Olmamalarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 104

Çizelge 3.3.14. Kadınların Sosyal Güvence Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 105

Çizelge 3.3.15. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaşadıkları Aile Tipine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 106

Çizelge 3.3.16. Kadınların Yaşadıkları Aile Tipi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 106

Çizelge 3.3.17. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailelerinin Gelir Durumuna Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 107

Çizelge 3.3.18. Kadınların Ailelerinin Gelir Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 108

Çizelge 3.3.19. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 108

Çizelge 3.3.20. Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısı, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 109

Çizelge 3.3.21. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaşadıkları Konut Tipine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 109

Çizelge 3.3.22. Kadınların Yaşadıkları Konut Tipi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 110

Çizelge 3.3.23. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ankara'da Yaşama Süresine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 111

Çizelge 3.3.24. Kadınların Ankara'da Yaşama Süresi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 111

Çizelge 3.3.25. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Önceki İkamet Yerlerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 112

Çizelge 3.3.26. Kadınların Önceki İkamet Yerleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 113

Çizelge 3.3.27. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 113

Çizelge 3.3.28. Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 114

Çizelge 3.3.29. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 115

Çizelge 3.3.30. Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 115

Çizelge 3.3.31. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 116

Çizelge 3.3.32. Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 117

Çizelge 3.3.33. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sürelerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 117

Çizelge 3.3.34. Evli Kadınların Evlilik Süreleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 118

Çizelge 3.3.35. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Şekline Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 118

Çizelge 3.3.36. Evli Kadınların Evlilik Şekilleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 119

Çizelge 3.3.37. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Evlilik Sırasına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 119

Çizelge 3.3.38. Evli Kadınların Evlilik Sırası, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 120

Çizelge 3.3.39. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 120

Çizelge 3.3.40. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları 121

1. GİRİŞ

1.1 Konunun Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yapmış olduğu tanıma göre sağlık; ''yalnız sakatlık veya hastalığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir". Halen tüm dünyanın kabul ettiği bu tanıma göre; dil, din, etnik köken ve cinsiyet ayrımı olmadan her bireyin eşit olarak sağlıklı olma hakkı vardır. Bireylerin sağlık durumu incelenirken; hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde olmaları hem kendileri hem de gelecek kuşaklar açısından önemlidir (UNFPA, 2005).

Bireyin sosyal iyilik halini engelleyen pek çok faktör vardır. Sosyal iyilik halinin önündeki en önemli engellerden biri bireysel ve toplumsal şiddettir. Dünyada 2002 yılında 1.6 milyon kişinin çeşitli şiddet biçimlerine bağlı olarak öldüğü tahmin edilmektedir. Şiddet nedeniyle olan ölümler tüberküloz nedeniyle olan ölümlerle eşit sayıda, sıtma nedeniyle olan ölümlerden daha fazladır. 1.6 milyon şiddet mağdurunun 560.000'inin cinayet, 870.000'inin intihar, 170.000'inin toplu şiddet eylemleri sonucu öldüğü tahmin edilmektedir (WHO, 2007).

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 karşılanmaktadır (Aslan ve Avcı, 1994).

Son 30 yıldır aile içi şiddete uğrayan kadınların sıklığıyla ilgili toplumbilim araştırmalarının artması, kitle iletişim araçlarında trajik aile öykülerinin yer alması, feminist grupların kamuoyunu harekete geçirmeleri ve bu kadınları korumak amacıyla örgütlenmeleri bu toplumsal soruna ilgiyi çekmiştir (Aslan ve Avcı, 1994).

Kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik gelişmişlik ve öğrenim düzeyine göre

değişen oranlarda olmakla beraber tüm dünyada yaygın görülen bir olaydır (Yurdakul, 1996; Korur, 2003; Naçar ve ark., 2009).

Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda da aile içi şiddetin ve kadına yönelik şiddetin oldukça yüksek sıklıkta olduğu görülmektedir.

Toplumsal cinsiyet algılamaları, kadına yönelik şiddetin kadınlarca bile normal algılanmasına neden olmaktadır. Bu şekilde üstesinden gelinmesi güçleşen kadına yönelik şiddet ciddi sonuçlara neden olmaktadır.

Aile içi şiddet, birçok fiziksel sağlık sorunu için önde gelen bir dolaylı ve dolaysız risk faktörüdür ve kadınların yaralanmasında en sık görülen nedenlerden biridir. Örselenen kadınlarda diğer nedenlerle yaralanmış kadınlara göre daha yüksek oranlarda kafa, yüz, boyun, göğüs, meme ve karın yaralanması görülmektedir. Şiddet sona erdikten sonra dahi sağlığa uzun vadeli olumsuz etkileri bulunmaktadır. Aile içi şiddetin yol açtığı ölümler, cinayetin yanı sıra intihar sonucu da olabilmektedir. Genel sağlık durumu kötüleşmekte, yaşam kalitesi düşmekte ve sağlık hizmetleri kullanımı artmaktadır. (WHO, 2007).

Bunların yanı sıra kadına yönelik şiddetin sonuçlardan biri de şiddetin kadının ruhsal sağlığının etkilenmesi ile ortaya çıkan sorunlardır. Bunlardan en önemlisi depresyondur. Kadınlarda depresyon sıklığı, erkeklerin üç katıdır. Dünya Bankası verilerine göre kadınlarla erkeklerin depresyonda geçirdikleri ortalama süreler arasındaki farklılığın %50'si aile içi şiddet ve tecavüzden kaynaklanmaktadır. Devam eden bir ilişkide şiddete maruz kalan kadındaki birincil ruh sağlığı probleminin depresif bozukluk olduğu düşünülmektedir. Golding'e (1993) göre; şiddete maruz kalan kadınlarla yapılan tüm çalışmalarda depresyon bulunmuştur. Çeşitli çalışmalara göre aile içi şiddet yaşayan kadınlarda depresyonun, aile içi şiddet yaşamayan kadınlara göre 4-5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Çetiner, 2006).

Buradan hareketle kadına yönelik şiddetin depresyonla ilişkisi araştırılmaya değerdir.

1.2. Şiddet Kavramı

İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öğe ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koymaktadır. Günümüzde toplumsal yaşamın tüm alanlarında, bütün ırk ve kültürlerde yaygın olarak gördüğümüz ve insanlık tarihi boyunca var olan şiddet kavram olarak, 19. yüzyıldan itibaren incelenmeye başlanmış ve şiddetin pek çok tanımı yapılmıştır. Genel olarak, insana fiziksel ve ruhsal zarar veren her eylem, şiddet olarak değerlendirilmekte ve bu çerçeveye başkasının mallarına verilen zarar da dahil edilmektedir (Ünsal, 1997).

Sözlük anlamına bakıldığında Türkçede şiddet; sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma, sertlik anlamına gelmektedir. Şiddet; genel anlamda insanların psikolojik veya fizyolojik düzeyde zarar görmesinden yaralanmasına ve giderek sakat kalmasına ve hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olan bireysel ve toplu hareketlerdir (Doğan, 2000).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun "Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları'' (1993-1994) konulu araştırmasında şiddet kavramı geniş bir tanımlamayla; fiziksel, sözel, duygusal davranışları kapsayacak bir şekilde; bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine ve duygusal baskı altına alınmasına yol açan fiziki veya herhangi bir şekilde hareket, davranış, muamele olarak ele alınmıştır (Celbiş ve ark., 2001).

Ceza hukukunda insana karşı gerçekleştirilen bütün vurmalar şiddet olarak nitelendirilmiştir. Gerçek anlamıyla şiddet; ceza kanununun 456. ve diğer maddelerinde "etkili eylemler" başlığı altında toplanmıştır. Bu maddeye göre etkili eylemler; "bir kimseye cismen eza vermek, sağlığını ihlal etmek ya da akli melekelerinde bozukluk meydana getirmek" tir (Çiftçi, 2007).

DSÖ ise 1996 yılında kadına yönelik şiddet araştırmasında genel anlamda şiddeti; ''sahip olunan güç veya kudretin; fiziksel, ruhsal, sosyal yaralanma ve kayıpla

sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanması'' olarak tanımlamıştır (WHO, 2001).

Şiddete yönelik tanımlamalar yapılırken, insanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan bu şiddet olgusunun, birçok bireysel ve toplumsal öğe ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koyduğu da görülmüştür. Bir toplumda hangi davranışların şiddet olarak kabul edildiği, o toplumun toplumsal yapı özelliklerine göre, diğer bir ifadeyle kültürel yapı ile geçerli olan değer yargıları ile yakından ilgilidir (Kocacık, 2002).

1.2.1 Şiddetin Oluşumu ve Ortaya Çıkması

İnsanlar arasında şiddetin ortaya çıkışı, bu konuda yapılan temel tartışmalardan biridir (Gülseren, 1999).

Kavram olarak saldırganlık, atılgan, zorlayıcı ve tecavüzkar davranışların bir bütünüdür, baskı ve egemenlik kurmayı hedefleyen, bireye zarar verici her tür eylemle birlikte sözel ve sözel olmayan sembolleri de kapsar (Gülseren, 1999).

Şiddet ve saldırganlığın ortaya çıkışı ile ilgili birçok kuramsal görüş vardır. Şiddetin içgüdüsel bir davranış olduğu iddiasının en güçlü savunucusu Sigmund Freud'dur. Freud, tüm normal ve normal dışı insan davranışlarının genetik olarak belirlenen iki temel içgüdünün etkisiyle ortaya çıktığını savunmuştur. Bunlar "yaşam içgüdüsü" ve ''saldırganlık-ölüm içgüdüsü''dür. Freud, bu iki temel içgüdünün doğuştan geldiğini, tüm insanlarda ortak olduğunu, insanın ruhsal yaşamını ve davranışlarını belirleyen temel organizasyonun İki gücün etkisi altında biçimlendiği söylenmiştir (Göksu, 2008).

Kavel, saldırganlık ve şiddeti tanımlamış, birbirlerinden farklarını incelemiştir. Kavel'e göre saldırganlık; içgüdüsel olmayıp daha çok arzular karmaşasının kendini

ortaya koymakta kullandığı bir aygıttır. Kavel, saldırganlık ve şiddetle ilgili bir ayrım yapmakta ve saldırganlığın yıkıcılıkla bir ilgisinin olmadığını, ancak şiddetin yok edici özelliğinin olduğunu söylemektedir (Çiftçi, 2007).

Sosyal öğrenme kuramları ise, saldırganlığın çevre koşulları tarafından şekillendirildiğini, bireyin yaşadığı çocukluk döneminden edindiği duygu, düşünce, bilinçaltına atılmış birikimleri ve buna bağlı olarak dürtülerinin daha sonra onu şiddete yönelttiğini açıklamaktadır (Tavuz, 1998; Sezen, 2002).

Şiddetin türü ne olursa olsun temelinde bir güç dengesizliği yer almaktadır. Şiddete başvurmak, bireyin karşısındaki birey üzerinde güç uygulama ve kontrol koyma gereksinimini karşılamaktadır. Aile içi şiddet, stres ve anksiyete yaşantısına verilen uyumsuz bir tepkidir. Şiddet, stresli bir olayın algılanması ile gerginlik duygusunun ortaya çıkması ve giderek artması ile ortaya çıkmaktadır. Yaşanılan gerginlik iki şekilde sonuçlanmaktadır. Bu sonuçlardan birincisi; ortaya çıkan gerginlik/anksiyeteye karşı savunma mekanizmalarının geliştirilmesi, bu çabalar yetersiz kaldığında, gerginlik, öfke ve saldırgan davranışların sürmesi ve şiddetin ortaya çıkmasıdır. İkincisi; ortaya çıkan anksiyeteye karşı geliştirilen savunmaların yeterli olması, uygun problem çözme yollarının kullanılması ile anksiyetenin azalması ve kontrol edilmesidir (Tel, 2002).

1.2.2 Şiddet Döngüsü

Kadınların şiddetin var olduğu bir ortamdan neden uzaklaşamadığının araştırılması şiddet döngüsü olarak adlandırılan bir teorinin geliştirilmesine yol açmıştır. Bu teoriye göre; şiddet rastgele ve sürekli olmayıp, tekrarlayan döngüler şeklinde ortaya çıkmaktadır ve üç aşamada gerçekleşmektedir.

1. Gerginlik aşaması: Bireyler arasında sözel saldırı, sürtüşme veya çatışma yaşanması sonucu gerginlik ortaya çıkmakta, her iki taraf da gerginliği azaltmaya

çalışmakta, saldırgan birey alkol, ilaç alarak gerginliği azaltmaya çalışırken, hedef birey bir şey yokmuş gibi davranarak gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. Ancak bu çabalar yeterli olmazsa gerginliğin yoğunluğu artmaktadır. Bu dönem birkaç hafta, birkaç yıl sürebilmektedir (International Council of Nurses (ICN), 2001; Taşçı, 2003).

2. Akut eylem aşaması: Gerginliğin kontrol edilememesi ve artması ile zarar verme davranışı ortaya çıkmakta, kontrol edilemeyen bir öfkeyle saldırı eylemi oluşmaktadır. Kadın başlangıçta karşılık vermekte fakat bir süre sonra şiddeti durdurmanın en iyi yolunun edilgen kalmak olduğunu düşünmektedir. Bu aşama birkaç saat ile birkaç gün sürebilir. Hafif ya da ciddi incinmeler bu evrede meydana gelmektedir (ICN, 2001; Taşçı, 2003).

3. Balayı aşaması: Bu aşamada genellikle erkek özür diler, hoşa gidecek davranışlarla, ricalarla kadının gönlünü almaya çalışır. Her defasında böyle bir olayın bir daha hiç tekrarlanmayacağı hakkında sözler verir, hastaneye götürür ya da hediyeler alır. Eşinin bu dönemdeki yalın ilgisi her şeyin düzeleceğine inanmasını sağlar. Bir süre sonra gerginlik tekrar artar ve şiddet döngüsü birinci aşamaya döner (ICN, 2001; Taşçı, 2003).

1.2.3 Şiddetin Nedenleri

Şiddet psiko-biyolojik nedenler ile dış çevre arasındaki etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Subaşı ve Akın, 2003).

1.2.3.1 Biyolojik Nedenler

Saldırgan davranışların genel olarak limbik sistem ile beynin temporal ve frontal lobları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Subaşı ve Akın, 2003).

a) Nörotransmitterler: Serotonin metabolizması, intihar yanında şiddet davranışının ortaya çıkışında etkili olmaktadır. Örneğin alışılmadık zalimane şekilde cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5-hidroksiindolasetikasit düzeylerinin uygulamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmış, norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki artışın saldırgan davranışları arttırdığı belirlenmiştir (Subaşı ve Akın, 2003).

b) Limbik Sistem: Saldırganlık ile sistemden kaynaklanan nöbetlerin ilişkisi ile ilgili tam bir fikir birliği bulunmamaktadır (Subaşı ve Akın, 2003).

c) Endokrin Bozukluklar:

1. Şiddet içeren davranışların çoğunlukla erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. Ancak yapılan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamaktadır.

2. Premenstrual sendrom kadınlarda saldırgan davranışları artırmaktadır. Ancak nedensel ilişkiyi doğrulayacak bir kanıt bulunamamıştır.

3. Alkol ve uyuşturucular: Alkol dürtü kontrolünde inhibisyon ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Alkol intoksikasyonu ve şiddet davranışı arasında açık bir ilişki vardır. Amfetamin, kokain, fensiklidin ve sedatif hipnotik maddeler ve diğer uyuşturucuların beyin ve davranışlar üzerinde benzer etkileri bulunmaktadır. Bu tür yasal olmayan maddelerin kullanılması saldırgan ve kriminal davranışlara neden olmasının yanında aynı zamanda şiddet davranışının dolaylı nedenidir (Subaşı ve Akın, 2003).

1.2.3.2 Psikososyal Faktörler

a) Gelişimsel Faktörler: Çocukluğunda şiddet gören bir kişi şiddet uygulayan bir

yetişkin olma açısından artmış risk taşımaktadır. Annesine veya diğer aile üyelerine şiddet uygulandığına tanık olan çocuk; şiddet kendisine yönelmese bile gelecekteki davranışlarını etkileyebilmektedir (Subaşı ve Akın, 2003).

b) Çevre: Kalabalık ve hava durumunun da şiddet oluşumu üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Rahatsızlık yaratacak derecede artan ortam sıcaklığı saldırganlığı artırıcı etki yapabilmektedir (Subaşı ve Akın, 2003).

c) Sosyoekonomik Faktörler: Yapılmış niteliksel çalışmalara göre ırk ve ekonomik eşitsizliklerden bağımsız olarak ağır yoksulluk ve evlilikte yaşanan sorünlar şiddet ile ilişkilidir. Aile yapısını bozan sosyoekonomik faktörler, etkilenen ailelerdeki çocukların saldırgan davranışlarında artışa neden olmaktadır (Subaşı ve Akın, 2003).

1.2.3.3 Şiddet İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Psikotik bozukluklardan manik tip bipolar bozuklukta, şizofrenide, paranoid bozukluklarda çevreye ve/veya kendine yönelik saldırgan davranışlar görülmektedir. Nonpsikotik bozukluklardan post travmatik stres bozukluğu olan kişilerde, borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarında şiddet içeren davranışlar sık görülmektedir (Subaşı ve Akın, 2003).

1.2.3.4 Diğer Nedenler

Uyuşturucu madde kullanımı, santral sinir sistemini etkileyen bazı patolojiler ile erişkin dikkat eksikliğinde saldırganlık daha fazla görülmektedir (Subaşı ve Akın, 2003).

Şefkat-Der'in, ''25 Kasım Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması İçin Uluslararası Mücadele Günü'' etkinlikleri kapsamında, ''Türkiye'de Aile İçi Şiddet

Bahaneleri ve Şiddetin Engellenmesine Yönelik Şiddet Gören Kadınların Kendi Çözüm Önerileri'' başlıklı raporuna göre; Kadın Hayata Tutunma Evleri'ne 1995 yılından beri sığınan 9 bin kadın ve genç kızın maruz kaldığı şiddetin gerekçeleri üzerinde durularak yapılan araştırma sonucuna göre, aile içi şiddetin nedenleri: ''Kadının cinsel ilişkiye girmek istememesi, fazla kilo aldığı iddiası, çocuk doğuramaması veya erkek çocuk doğuramaması, yemeğin tuzlu, yanmış, soğuk ya da güzel olmaması, erkeğin giyeceğinin iyi ütülenmemesi, kapının geç açılması, kadının hasta olması ve iyileşememesi, izinsiz dışarı çıkması, çocuğun başarısızlığı, sobanın yanmaması, çocuğun babaya benzememesi, kadının boşanmak istemesi, erkeğin başka kadınlarla olan ilişkisine karışılması, çalışan kadının maaşının tamamını erkeğe vermemesi, berdel evliliği reddetmesi, kadının çalışmak istemesi, erkeğin işsiz kalması, ailenin ekonomik sıkıntı çekmesi, erkeğin tuttuğu takımın yenilmesi, alkol ve kumar alışkanlığı olan eşin kadın tarafından uyarılması ve erkeklerin kendi arasındaki maço erkek tartışması'' olarak sıralanmıştır (http://www.sefkatder.Org/ faaliyet_rapor.html, 2009).

1.2.4 Şiddetin Türleri

Şiddetin türleri çeşitli kaynaklara göre farklılıklar göstermektedir. Genel anlamıyla şiddet ailede, sokakta, siyasette, sporda şiddet olarak sınıflandırılabilir. Eric Fromm (1994) şiddet türlerini şöyle belirtmiştir:

a) Oyuncu Şiddeti: Şiddetin en normal ve hastalıklı olmayan şeklidir. Bu şiddet türünün örneklerini daha çok ilkel kabile oyunlarında (bu arada bizim kılıç kalkan oyunu gibi) görmekteyiz. Burada amaç öldürmek değildir (Ünsal, 1997).

b) Tepkisel Şiddet: Bu şiddet türü kişinin kendisinin ya da başkalarının yaşamını, özgürlüğünü, onurunu, mülkiyetini, korumak için başvurulan bir şiddettir. En sık görülen şiddet biçimlerinden birisidir (Ünsal, 1997).

c) Kinci Şiddet: Kinci şiddette zarar verilmiştir ve hiçbir şekilde savunma işlevi yoktur. Kinci şiddet toplum bazında olduğu kadar bireysel bazda da görülmektedir (Ünsal, 1997).

d) Dengeleyici Şiddet: Genellikle güçsüz insanların üretkenliklerinin yerine koydukları şiddet türüdür. Kökleri güçsüzlükte yatan ve güçsüzlüğe karşı dengeleyici olan şiddettir (Ünsal, 1997).

e) Arkaik (İlkel-Kana Susamış) Şiddet: Bu şiddet doğa ile arasındaki bağla çevrili olan insanın kana susamışlığıdır. Arkaik anlamda yaşamın dengesi olabildiğince çok öldürmek ve yaşamı kana doyunca öldürülmeye hazır olmaktır (Ünsal, 1997).

Diğer bir sınıflandırma şekline göre toplumsal yaşamda şiddet:

1. Kendine dönük şiddet: İntihar, bedene zarar verici uygulamalar.

2. Kişilerarası şiddet: Kadın, çocuk ve yaşlıya yönelik şiddet, aile içi şiddet.

3. Organize şiddet: Uluslararası politik şiddet, iktidar şiddeti, iktidara karşı şiddet.

4. Medya şiddeti: Yazılı ve görsel basında şiddet içeren görüntü, ses ve yazı ile ortaya çıkan şiddet.

5. Diğer şiddet şekilleri: Çete şiddeti, kan davaları şeklindedir (Subaşı, 2001).

1.3 Aile ve Aile Kavramı

Toplumun doğal ve temel birimi olan aile, insanlığın başlangıcı ile birlikte var olmuş ve toplumun varlığının devam etmesinde önemli görevler üstlenmiş, ekonomik

yaşama yön vermiş, yaşamın devam ettirebilmesi için gerekli bakım ve desteği bireye ve topluma sunmuş, bireyin dünyaya geldiği andan itibaren içerisinde yer aldığı sosyal ve siyasi yaşamı düzenlemiş olan evlilik sözleşmesi ile kurulan bir kurumdur (T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2005; Mutlu, 2006).

Aile; "evlilik ve diğer yasal yollardan aralarında kan bağı, akrabalık ilişkileri olan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin karşılandığı temel toplumsal bir birimdir" (İlkkaracan ve ark., 1996; Arslan, 1998; İpekten, 2006). Ozankaya ise aileyi "içinde insan türünün üretildiği, topluma hazırlanma sürecinin ilk ve en etkili biçimde cereyan ettiği, cinsel ilişkilerin belli bir biçimde düzenlendiği, eşler ve anne babalarla çocukların ve ailenin biçimine göre yakın akrabalar arasında belli bir ölçüde içten, samimi, sıcak, güven verici ilişkilerin kurulduğu, yine içinde bulunulan toplumsal düzene göre ekonomik etkinliklerin az ya da çok bir ölçüde yer aldığı bir toplumsal kurum" olarak tanımlamaktadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998). Türk Medeni Hukuku'na göre aile, karıkocadan meydana gelen ekonomik ve toplumsal evlilik birliğini, çekirdek aileyi ifade ettiği gibi, karı-koca ve çocuklar topluluğunu da ifade eder (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998). Winch'e göre aile; "kuşak ilişkileri esasında ana baba ve çocuktan oluşan bir gruptur ve neslin devamı çerçevesinde yapılanmıştır" (Bütün, 2001).

Aile, evreni oluşturan yapı içerisinde diğer toplumsal kurumlara kurum olma kimliği açısından benzetilmekle beraber, kendisini, bu bahsi geçen kurumlardan ayıran oldukça çok sayıda özelliğe sahiptir. Bu çerçevede ailenin karakteristikleri yedi ana grupta toplanmıştır. Bunlar:

1. Aile evrensellik gösterir. Her insan bir aileye mensuptur.
2. Aile, nesli devam ettirme, annelik, akrabalık, arkadaşlık, ebeveynlik gibi birincil duygularla temellendirilmiştir.

3. Aile, içerisinde yaşayan bireylerini şekillendirme özelliğine sahiptir.
4. Aile kapsam olarak sınırlıdır. Yani şekillenmiş sosyal yapıların en küçüğüdür.
5. Aile, sosyal yapının en temelinde yer alır ve çekirdek bir kimliğe sahiptir.
6. Aileyi oluşturan bireylerin hepsinin aileye karşı sorumlulukları bulunmaktadır.
7. Aile, kendisini çevreleyen toplumsal yapının kuralları ile kuşatılmıştır. Ayrıca, toplumun sosyal ve kültürel temelleri aile içerisinde beslenir (Mutlu, 2006).

Aynı zamanda toplumun temel taşı olan ailenin diğer toplumsal kurumlardan farklı özellikleri vardır. Bunlar:

a) Aile içindeki bireyler birbirleriyle evlenme, kan veya evlatlık edinme bağlarıyla bağlanmışlardır.
b) Bir ailenin bireyleri tipik olarak aynı evde aynı çatı altında yaşarlar.
c) Aile, karı-koca, anne, baba, kız-oğul, hemşeri-birader gibi sosyal rolleri kabul eden bir grup insanın oluşturduğu bir birliktir.
d) Her aile genel olarak o ülkenin genel kültüründen bir parça taşımakla beraber görgü bakımından aileler bazı belirli farklılıklar gösterirler (Mutlu, 2006).
e) Ailenin en temel fonksiyonları insan neslinin devamını sağlayan yeniden üretim, üyelerinin bakım, beslenme, sevgi, aidiyet ve sosyal çevre gibi gereksinimlerine cevap vermek, toplumsal kültürel norm ve değerlerin kuşaklar arası aktarım ve muhafazasının gerçekleştirildiği sosyalizasyondur (Yıldırım, 1998).

1.3.1 Aile Türleri

Aile, kavram olarak olduğu kadar tür bakımından da çeşitlilik göstermektedir. Bu bağlamda bir tek tip aile yoktur. Geçmişte yaşamış ve bugün yaşamakta olan toplumların yapılarına göre türlü aile şekilleri oluşmuştur. Örneğin anaerkil aile, kadının ve onun soyunun egemenliği üzerine kurulmuştur. Babaerkil aile, erkeğin ve onun soyunun egemenliğine dayanarak kurulmuştur. Yerleşim yerine göre ülkemizdeki aile türleri; kırsal, kentsel, gecekondu ailesi ile yurtdışında yaşayan aileler olarak sınıflandırılmıştır (Tezcan, 2003).

Ancak en genel anlamıyla aile:

a) Çekirdek Aile: Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan aileye çekirdek aile denir. Hanede tek ebeveyn olması veya 6 aydan kısa süreli kalan kişi olması çekirdek aile yapısını bozmaz. Batıda sanayi devrimini takiben ortaya çıkmış olan bu aile türü, günümüzde kent toplumunun ailesi olarak çekirdek aile özelliklerini taşımaktadır. Geleneksel aileye göre işlevleri daha da sınırlıdır. Çocuk yapma ve psikolojik doyum çekirdek ailenin iki önemli özelliğidir (Yıldırım, 1998; Doğan, 2001; T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006).

b) Geniş (geleneksel) Aile: Büyükanne ve büyükbaba ile çocuklarının ve torunlarının aynı çatı altında yer aldığı aile biçimidir. Bu aile türü, hanede sürekli yaşayan (6 aydan uzun süreli) büyükanne ve büyükbabadan torunlara intikal eden dikey genişliğin yanı sıra, akrabaları da kapsayacak yatay bir genişlik ortaya koyabilir (T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006).

c) Çözülen Aile: Bu tip ailelerde karı koca ilişkileri çok zayıf bir şekildedir. Parçalanmış veya tamamlanmamış aileler çözülen ailenin iki temel tipidir (Tekin, 2009).

1. Parçalanmış Aile: Genellikle eşlerin birinin ölümü veya boşanması dolayısıyla aileden ayrılmasıyla ortaya çıkar (Tekin, 2009).

2. Tamamlanmamış Aile: Çekirdek ailenin hiçbir zaman kurulmamış halidir. Bu tip ailelerde çocuklar genellikle evlilik dışıdır (Tekin, 2009).

Aile insan toplumlarının çekirdeğini oluşturan birimdir. Yaratılışı gereği sosyal bir varlık olan insan için toplumsal hayat ne kadar önemli ve gerekli ise bir toplum içinde o toplumun çekirdeğini oluşturan aile kurumu o kadar hayati önem taşımaktadır. Aile bu niteliğiyle toplumlarda kültürel kimliğin, insani değerlerin ve

tarihi sürekliliğin koruyucusu ve aktarıcısı olan evrensel bir kurumdur (Tekin, 2009).

1.4 Aile İçi Şiddet

Aile kurumu, tarihsel süreç içerisinde biçim değiştirse de, temel özelliği kadın ve erkek cinsiyetinin birlikteliğiyle oluşmasıdır. Aile kurumunun cinsiyet temelinde oluşması, aile içi ilişkiler içinde cinsiyetler arası önemli sorunların yaşanmasını da beraberinde getirmektedir. Ancak aile aynı zamanda, kaynakların adil paylaşılmadığı, güç dengesinin kadın aleyhine bozulduğu, kocaların, eşleri üzerinde otorite kullandığı ve kontrol sağladığı bir kurum da olabilmektedir. Aile içi şiddet; aile kurumunu oluşturan kadın ve erkek cinsiyetinin ilişkiler örüntüsünü olumsuz yönde etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkar (Aykut, 2005).

Tarih boyunca gözlem, deneyim ve bulgular göstermektedir ki, aile kurumu tüm dayanıklılık ve sürekliliğine rağmen, aile içi ilişkilerde cinsiyet, yaş, iş üstünlüğüne dayanan sorunlar ve farklılaşmalar yaşamaktadır. Farklılaşma ve buna bağlı sürecin esas olarak cinsiyet temelli oluşu aile içi ilişkileri süregelen bir problem alanı olarak önümüze koymaktadır. Bu problemlerin sonucu aile içi şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2005).

Aile içi şiddetin çeşitli tanımları yapılmıştır. Ancak çok genel anlamıyla aile içi şiddet; kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen her türlü şiddet davranışı olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005). Kişilerarası şiddet çeşidi olan aile içi şiddet; aile bireylerinden en az birisinin aynı ailedeki diğer bir üyeye karşı fiziksel, duygusal, psikolojik, ekonomik ve seksüel güç kullanılması sonucu yaşamını, fiziksel, psikolojik bütünlüğünü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutta zarar veren eylemlerin ortaya çıktığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. (ICN, 2001; Tel, 2002). Aile içi şiddet özel alanda yaşanan ve eşler arasında çözümlenmesi gereken bir sorun olarak görülmüştür. Bu nedenle yüzyıllardır kadının aile içinde yaşadığı şiddet tabu

olarak hep tartışma gündeminin uzağında tutulmuştur. 20. yüzyılın başından beri kadının aile ve toplum içindeki yerini sorgulayan, çözümler üreten kadın hareketi, 1970'li yıllardan itibaren konuyu dünya gündemine getirmiştir (İlkkaracan ve ark., 1996).

Vatandaş, 2003 yılında yaptığı araştırmasında aile içi şiddetle ilgili genel ve değişmeyen üç özellik belirlemiştir. Bunlar:

1. Aile içi şiddetin failleri ve mağdurları, evlilik veya evlilik yoluyla oluşan bir akrabalık ilişkisine sahiptirler. Bu açıdan bakıldığında evlilik cüzdanı bir nevi aile içi şiddete izin veren bir lisans belgesi görevi görmektedir.
2. Aile içi şiddet dışarıya duyurulmaz, gizli tutulur.
3. Aile içi şiddetin fail ve mağdurları genellikle aynı evi paylaşırlar. Ancak ayrı yaşayan kardeşler, sevgililer, eski eşler veya evlerini terk etmiş babaların uyguladığı şiddet de bir zamanlar aynı evi paylaşıyor olmanın verdiği anlayışa dayanır (Vatandaş, 2003).

Aile içi şiddet sosyolojik açıdan ele alındığında ailenin bazı yapısal özellikleri çatışma ve şiddete zemin oluşturmaktadır. Stratus'a göre:

1. Aile içi ilişkilerin yoğunluğu şiddet olasılığını artırır.
2. Ailenin işlevleri kapsamlıdır, çatışma yaratabilecek meseleler çoktur.
3. Bir aileye mensup olmak, kişiye diğer üyelerin davranışlarına karışma hakkı verir.
4. Ailede cinsiyet eşitsizliği vardır, bu da çatışma ve şiddet kaynağıdır.
5. Şiddet evde daha sık görülür, çünkü mağdurlar her zaman evde bulunabilir.
6. Aile yaşam sürecinde (hastalık, gebelik, doğum, ölüm, yaşlılık gibi) değişik boyutlarda gerginlikler, kararsızlıklar ve dengesizliklerin yaşanmasına sebep olur.
7. Ailenin sosyal kontrol ve rekabet mekanizmalarından soyutlanmış olması gibi bazı özellikler ailede şiddete zemin hazırlayan faktörler arasında sayılabilir (İçli ve ark., 1995).

Araştırmalar, aile içi şiddete maruz kalanların büyük bir kısmının (%91-95'i) kadınlar, çocuklar ve yaşlılar gibi içinde bulunulan gelişim dönemi ya da toplumsal statü yönünden hassas ve güçsüz olduğu kabul edilen aile bireyleri olduğunu göstermektedir. Genellikle, aile içinde şiddet uygulayanların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (Günay ve Ramadanoğlu, 1996).

1.5 Kadına Yönelik Şiddet

DSÖ Kuruluş Sözleşmesi'nde şöyle denilmektedir: "Erişilebilir en yüksek sağlık standardına ulaşmak, herhangi bir ırk, din, siyasal görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir". Kadına yönelik şiddet dünyada en yaygın, ancak en az tanımlanmış insan hakları ihlalidir (Atman, 2003).

Kadına yönelik şiddet aile içerisinde kadının eşi, babası, erkek kardeşi gibi herhangi bir aile üyesinden görmüş olduğu fiziksel, psikolojik, ekonomik ya da cinsel türden saldırılardır. Aile içi şiddetin görülen en yaygın şekli aile içerisinde kadına yönelik şiddettir. Bunun yanında aile içinde çocuklara uygulanan şiddete, çok az da olsa çocukların anneye, babaya, dedeye, büyükanneye ya da kadının kocasına uyguladığı şiddet vakaları da bilinmektedir (Yüksel, 1993).

Kadına yönelik şiddet 4-15 Eylül Pekin Deklarasyonu'nda; ''ister toplumsal, ister özel yaşamda olan tehdit, cebren ya da keyfi olarak özgürlükten alıkoymak da dahil olmak üzere kadına fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar ve acı veren ya da verebilecek, cinsiyete dayalı her türlü şiddet hareketi'' olarak tanımlanmaktadır. Bildirge önsözünde kadınlara yönelik şiddeti, "erkekler ve kadınlar arasındaki eşitlikçi olmayan güç ilişkilerinin tarihsel bir göstergesi" ve "erkeklerle karşılaştırıldığında kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın çok önemli toplumsal mekanizmalarından biri" olarak tanımlamaktadır (CEDAW, 1993).

Kadınlara yönelik şiddetin tarafı olan birçok potansiyel saldırgan sayılabilir. Buna göre kadına şiddet uygulayan kişiler 2 gruba ayrılmaktadır.

a) Eşi veya birlikte olduğu kişi(ler) tarafından kadına yönelik şiddet: Kadınların halen evli oldukları, bir dönem evli oldukları ya da evli gibi birlikte yaşadıkları erkekler tarafından maruz kaldıkları şiddet (Henrica ve ark., 2008).

b) Eşi veya birlikte olduğu kişi(ler) dışındakiler tarafından kadına yönelik şiddet: Kadınların kendi aileleri veya evli ise eşlerinin aileleri, akrabaları ve diğer kişilerden gördükleri şiddet (Henrica ve ark., 2008).

1.5.1 Kadına Yönelik Şiddete Etki Eden Faktörler

Kadınların maruz kaldığı şiddete etki eden faktörler dört genel başlık altında toplanabilir. Bunlar; dinsel etkenler, yasal sistemin etkisi, ekonomik sistemin etkisi ve medyanın etkisidir (Okumuş, 2003).

1.5.1.1 Dinsel Etkenler

Toplumsal eşitsizlik ile dinin karşılıklı ilişkileri eskiden beri önemli tartışma konularından biri olmuştur. Din sosyal düzeni legal, moral ve gelenek normları vasıtasıyla meşrulaştırır. Bu nedenle dini meşrulaştırım, toplumların düzenleri için çok önemli görülmüştür (Okumuş, 2003).

Günümüzde kadınların karşı çıktığı ve mücadele ettiği birçok sorun, kadın ve erkek kimlikleri ve rolleri konusunda toplum tarafından belirlenmiş ön kabuller ve kalıp yargılarla yani toplumsal cinsiyetle ilgilidir. Ön kabulleri şöyle özetleyebiliriz:

1. Kadınlar ve erkekler biyolojik olarak, işlevsel ve yetenekleri bakımından farklıdır.

2. Erkekler ''doğal olarak'' daha güçlüdürler ve hükmetmek için yaratılmışlardır.
3. Kadınlar; çocuk doğurma ve yetiştirme gibi işlevlerini üstlenirler.
4. Erkeklerin, kadınların cinselliği ve üreme yetilerini denetleme hakkı vardır, kadınların böyle bir hakkı söz konusu değildir (Berktay, 2000).

Bazı dini inanışlara göre kadın, dinsel açıdan eksik bir varlıktır ve ''erkeğin bir derece üstünlüğü'', yaşamda ona birden fazla üstünlük ve hak kazandırmaktadır. Bu yapının var olduğu toplumlarda, kadın yaşadığı her olayın sorumlusudur ve kadın erkeğin onurunu korumak zorundadır. Din bu anlayış doğrultusunda erkeğe, kadına her anlamda istediği gibi davranma ve her türlü gücü uygulama hakkını vermektedir (Akçer, 2006).

1.5.1.2 Yasal Sistemin Etkisi

Yasalar önünde ''kadın-erkek eşitliği'' anayasal düzenlemeyle güvence altına alınmıştır. Kadın bir birey olarak kabul edilmiş, kadın-kız ayrımı reddedilmiş, kadın için birçok hak yasalarla meşrulaştırılmıştır. Ancak günümüz şartlarına baktığımızda insanların daha çok görünmeyen yasalara göre hayatlarını şekillendirdiği görülmektedir. Bunun temel özelliği; toplumun eril ve hiyerarşik öğeleri içinde barındırmasıdır. Bu yaşamda, kadının toplum içinde yeri yoktur. Kadın toplum kurallarına uymadığında erkekler tarafından cezalandırılabilmektedir (Çalışkan ve Kocakuşak, 2004).

1.5.1.3 Ekonomik Sistemin Etkisi

Kendini her alanda hissettiren eril yapı ekonomik sistemde de varlığını hissettirmektedir. Erkekler mülkiyetin büyük bir kısmına hakimdir. Kadınlar ise daha çok ücretlendirilmeyen ev kadınlığı yapmaktadır. Kadının ekonomik anlamda erkekten üstün olması hem birey hem de toplumsal anlamda eskiden olduğu gibi günümüzde de kabul görmemektedir (Akçer, 2006).

1.5.1.4 Medyanın Etkisi

Medya, yalnızca ülkemizde değil tüm dünyada gücü olan etkin yapılardan biridir. Yapısal olarak yaklaştığımızda medyanın cinsiyetçi, kadına sürekli toplumsal, geleneksel rollerini hatırlatan, bunları uygulaması gerektiğini dayatan bir yapıya sahip olduğunu görmekteyiz. Şiddet olgusunu normalize eden programlar veya haberler şiddetin yayılmasında etkilidir. Toplumdaki tüm bireyler, çocuklar ve yetişkinler, şiddet görüntülerini bütünlük içinde algılamakta, sadece çarpıcı görüntüler akılda kalmakta ve bu durum özentiye yol açmaktadır. Medya aracılığıyla şiddet şiddeti doğurmaktadır. İzleyici televizyondan model alma yoluyla etkilenmektedir. Bir diğer etkilenme biçimi duyarsızlaşma şeklinde kendini göstermektedir. Şiddet ve cinsellik abartılı bir biçimde ve çok sık olarak ekranlarda görüldüğünde, bu görüntülerin neden olduğu rahatsızlık veren duygulardan kaçınmak için bir duyarsızlık oluşarak doğal bir durum olarak kabul görür (RTÜK, 2004).

1.5.2 Kadına Yönelik Şiddetin Tarihsel Gelişimi

Şiddet olgusunun özellikle de kadına yönelik şiddetin ortaya çıkışı, insanlık tarihi ile paraleldir. Yapılan bir araştırmaya göre arkeologlar kadınların fiziksel şiddet yaşamalarının kökenini 3000 yıl öncesine götürmektedir. Buluntular erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 kırığa rastlanırken, kadın mumyalarda bu oranın %30-50 olduğunu göstermiştir (Aslan, 1998). Hammurabi (M.Ö. 1700'lü yıllarda) Kanunları'na göre; eğer bir kadın tecavüze uğrarsa ve tecavüze uğrayan kadın bakireyse tecavüzcü öldürülür, tecavüze uğrayan kadın evliyse hem tecavüz eden kişi hem de tecavüze uğrayan kadın boğularak öldürülürdü (Aslan, 1998). Eski Roma yazıtlarında erkeklerin kendilerinden izinsiz oyunlara katıldıkları, zina yaptıkları için eşlerini cezalandırmak, boşamak ve öldürmek hakkına sahip olduğu yazılmaktadır (Aslan, 1998). Orta Çağda (M.S. 500-1500) cadı olduğu düşünülen kadınlar öldürülürdü. 9 milyon kadının ölümü bu dönemde görülmüştür. Yine aynı dönemde erkeğin kadına karşı zor kullanmasında bir sınır olmadığı belirtilmiştir. 1700'lü yıllarda İngiltere'de yasalar kocaya doğru yoldan ayrılan karısını fiziksel olarak

cezalandırma hakkını vermekteydi. Bu uygulama 19. yüzyılda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılmıştır (Aktürk, 2006). Türkiye'de de yüzyıllar boyunca, erkeğin eşini ya da kızını dövmesi, erkeğin hakkı ve hatta görevi olarak kabul edilmiş, "kızını dövmeyen dizini döver" yaklaşımı ile adeta desteklenmiştir (Vatandaş, 2003).

Kadına yönelik şiddete ilişkin yasal ve tıbbi çalışmalar 1800'lü yıllara dayanmaktadır. Kadına yönelik şiddeti suç sayan ilk yasa Maryland'de 1883 yılında yapılmıştır. 1960-1970 yılları arasında kadın hareketleri, 1970 yılında İngiltere'de kadınlara yönelik ilk sığınak ve 1970 yılında ABD'de eşine tecavüz eden erkeğe ceza verilmesi konu ile ilgili yapılan çalışmaların öncüleri olmuştur (Aktürk, 2006).

1.5.3 Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Şiddet uygulanmasında özellikle şiddet doğuran nedenlerin tanınması önem arz etmekle birlikte kadına yönelik şiddet nedenleri ile ilgili olarak etnografik çalışmalara da rastlanmaktadır. Bu çalışmaların ışığında kadınların maruz kaldığı şiddetin nedenlerine bakıldığında tek bir nedenin olmadığı görülmektedir (Çetiner, 2006).

Şiddet uygulanan kişilerin çocukluğu araştırıldığında, ilgisiz büyütüldüğü ve ailesinde yaygın şiddet uygulamaları olduğu ortaya çıkmaktadır. İstismarı uygulayan kişilerin genellikle özgeçmişlerinde yaşanmış şiddet olguları bulunmaktadır. İstismar eden bireylerin çoğunlukla şiddetin var olduğu ailelerden yetiştiği gözlenmektedir. Alkol ve/veya madde bağımlılığı bulunması ile tanımlanmış kişilik bozuklukları ya da psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde daha sık rastlandığı gözlenmektedir (Çetiner, 2006).

Kadının ekonomik ve toplumsal statüsünün yüksek ya da aşağı olması, şiddeti iki farklı açıdan etkilemektedir. Kadının ekonomik olarak erkeğe bağımlı olması

kadınları erkekten gelen şiddete karsı aciz duruma düşürmektedir. Ekonomik olarak ya da özellikle eğitim ve mesleksel güç açısından kadının erkekten üstün olması durumunda erkeğin duyduğu eksiklik, şiddet uygulamasına zemin hazırlamaktadır (Çetiner, 2006).

Bireyler arası dinamikler de aile içi şiddeti etkileyen faktörlerdendir. Bunlar; düşük düzeyde evlilik içi tatmin, bireylerin agresif hareketler sergilemesi, ideolojik, ırk ve din farklılıkları, eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması, iletişim kurma yoksunluğu, evliliğe duyulan aşırı bağımlılık ve her tür güçsüzlüktür (Çetiner, 2006).

Çevresel stres faktörlerinin de aile içi şiddette rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bunlar; ekonomik stres, iş stresi, işsizlik, sosyal izolasyondur. Erkek egemen evlilikler aile içi şiddete daha açık olmasına karşın, eşitlikçi evliliklerde şiddete daha az rastlanmaktadır (Çetiner, 2006).

Aile içi şiddet üç düzeyde incelenebilir. Psikiyatrik model, saldırganın kişilik özelliklerine odaklanır ve ruhsal hastalık, alkol ve madde bağımlılığı ve diğer kişiye özgü özelliklerin şiddete etkilerine ilişkin teorik yaklaşımları içerir. Sosyo-psikolojik model ise şiddetin aileyi etkileyen dışsal etkenlerin incelenmesiyle anlaşılabileceğini savunur. Sonuncu model olan sosyo-kültürel model, sosyal yapıda yer alan eşitsizlikleri, kültürel tavırları, şiddete ve aile ilişkilerine ilişkin normları vurgular. Aile içi şiddeti açıklayan yaklaşımların sınıflandırılmasında en sık olarak Walker (1986)'ın psikolojik yaklaşım, sosyo-kültürel yaklaşım, feminist-politik yaklaşım sınıflaması kullanılmaktadır (Çetiner, 2006).

1.5.3.1 Psikolojik Yaklaşım

Bu görüşe göre kadınların mazoşistik eğilimleri, kendilerine yönelik şiddeti kışkırtmaktadır. Kurban bir mazoşisttir ve başkaları ile iletişimini kullanarak şiddete

karşı kendisini daha korunmasız kılmaktadır. Bununla birlikte bu mazoşistik süreç, kurbanın şiddetten hoşlandığı anlamına gelmemektedir (Gelles, 1980).

a) Psikodinamik Teoriler: Erikson'un otonomi ve ayrılık aşamasından yola çıkarak, kızlarda ayrılma hissi gelişmediğini, diğer yandan, anne ile ilişki devam ettiği sürece kızın erkeklerin iyiliği ve gelişimi için çalışması gerektiği fikrinin anne tarafından desteklendiği savunulmuştur (Miller, 1991). Saldırganlıkla ilgili önemli çalışmalar yapan Freud, insanda içgüdüsel olarak saldırganlık duygularının olduğundan bahseder. Bu saldırganlık duygularının ise yıkıcı, yok edici erkeklerin biyolojik yapılarından kaynaklandığını varsayar (İlkkaracan ve ark., 1996).

b) Psikopatolojik ve Anormal Davranış Kuramı: Araştırmalara göre, aile içi şiddetin nedeninin genetik faktörler olduğu, en azından bu faktörlerle ilişkili olduğu, saldırganlık duygusunun nörolojik ve metabolik temelleri olduğunu gösteren bulgular vardır (İlkkaracan ve ark., 1996).

c) Sosyal Psikolojik Yaklaşım: Sosyal koşulların örselenen kadın üzerindeki etkisi ve önemi ile ilgilenmektedir. Örselenen kadınlar, olayların nedenlerini güçlü kişiler ve kontrol edilemeyen kuvvetler gibi dışsal faktörlere bağlama eğilimindedirler. O'Leary (1988), aile içi şiddetin ortaya çıkmasında durumsal ve bağlamsal faktörler olarak; kişilerin geldikleri ailede şiddet, stres, saldırgan kişilik tiplemesi, aile içinde anlaşmazlık, alkol kullanımını göstermiştir. Ayrıca para, cazibe, saygı gibi üç önemli kaynağa çok az sahip olanların, şiddete başvurduğu düşünülmektedir. Aile içi şiddeti artıran etmenler arasında hatalı öğrenme üzerinde de durulmaktadır. Aile içerisinde; işsizlik, ihtiyaçların karşılanmaması, ailenin geçiminden sorumlu olduğu kabul edilen erkeğin stres yaşaması, düşük statüsü, yetersiz eğitimi ve saygınlığı az olan faktörlere sahip bireylerin aile içinde şiddete başvurdukları varsayılmaktadır (Ecevit, 1993).

d) Bilişsel Uyumsuzluk Kuramı: Bu kuram, kadınların saldırgan ile yaşamaya devamını; kadınların kendi gerçekliklerinden şüphelenmeye başlayınca, kocalarının

dünya görüşünü benimsemeye başladığı şeklinde açıklar. Böylece iki karşıt görüş arasındaki çatışma azaltılmaya çalışılır (İlkkaracan ve ark., 1996).

e) Agresyon Kuramı: Bu teoriye göre kurbanın saldırganla etkileşimde bulunması, gelecekteki agresif davranışları da tetikleyici nitelikte olabilir (İlkkaracan ve ark., 1996).

f) Sosyal Öğrenme Kuramları: Şiddetin çocuklukta öğrenildiğini ve kuşaklar arası geçiş olduğunu savunmaktadır. Çocuk, anne ve babasının onaylamadığı bir davranışta bulunursa fiziksel olarak cezalandırılabilmekte, şiddeti büyük ölçüde aile ortamında öğrenmektedir. 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 (İlkkaracan ve ark., 1996).

1.5.3.2 Sosyokültürel Yaklaşımlar

Aile içi şiddet riskine ilişkin çalışmalar riskin en fazla şiddetin normal kabul edildiği, özellikle çocukların şiddete şahit olduğu toplumlarda ve ilişkilerde yüksek olduğunu işaret etmektedir. Böyle toplumlarda şiddet kullanımı, sosyal olarak kabul edilebilir niteliktedir. Yoksulluğun ilişkilerdeki çatışmayı artırması, kadının ekonomik ve eğitsel gücünü azaltması ve erkekleri, kendilerini başarılı hissettikleri bir konumdan uzaklaştırması nedenleri ile aile içi şiddet riskini artırdığı düşünülmektedir. Aile içi şiddet riskini etkileyen bir diğer unsur da alkol kullanımıdır. Alkol tüketimi, bireyler arasındaki her türlü şiddet riskini artırmaktadır. Erkeklerin ve kadınların yoğun alkol kullanımı, aile içi şiddetle ilişkilendirilmiştir. Alkol; inhibisyonu azaltmakta, yargılamayı bozmakta ve sosyal işaretleri anlama yeteneğini azaltmaktadır. Böylelikle içkiliyken şiddet eğilimine girerler ama yaptıklarından sorumlu tutulmayacaklarını hissederler (İlkkaracan ve ark., 1996).

Mor Çatı Vakfı'nın araştırmalarına göre; şiddet tek nedenle gerekçelendirilmemektedir. Erkekler genellikle şiddeti ev işlerinde ve hizmette kusur, erkek egemenliğine erkeklik hak ve sorumluluklarına saldırı, kıskançlık gibi nedenlerle gerekçelendirilmekte, kadın bir gerekçeyi ortadan kaldırdığında ise başka bir gerekçe öne sürmektedirler. Erkeğin şiddet içeren davranışı, işsizlik, eğitim, alkol gibi aile dışı faktörlerle ya da karakter bozukluğu, kişilik sapması, psikopatolojik bozukluklarla açıklanmaktadır (Taylı ve ark., 2006).

Ginetle'ye (1987) göre, saldırgan davranışı teşvik eden, destekleyen faktörler şunlardır:

1. Erkek Tipolojisi: Erkeğin baskısı, kadını ezme (sindirme) gücüne bağlıdır ve geleneksel cinsiyet rolleri saldırgan davranışları güçlendirir. Erkek duyguları açıklanmamalı, erkeğin üstlendiği en önemli rol evi geçindirmek olmalı, erkek güçlü, üretken, mantıklı olmalı gibi özellikler erkeğe atfedilmiştir. Erkeklik rolü, (güç, duygulara getirilen sansür, baskın olmak) çatışmaları çözmek için şiddete başvurmayı pekiştirmektedir (İlkkaracan ve ark., 1996; Çetiner, 2006).

2. Saldırı Potansiyelini Artıran Kişisel Etkenler: Yoğun kıskançlık, kadınlık ve erkeklik rollerinin katı bir şekilde uygulanması, duyguların az açıklanması, partnerine karşı bağımlılık, kendine güvensizlik, depresif kişilik, toplum içinde evden farklı imaj çizmek, çocuklukta şiddet yaşamış olmak, nörolojik problemler (%3 gibi bir oran) olarak tanımlanmıştır (İlkkaracan ve ark., 1996; Çetiner, 2006).

3. Söylemler: Erkeklerin doğuştan saldırgan olduğu, kadın ve çocuklar üzerinde hak sahibi olduğu, stresli yapılarının olduğu, partnerine saldırmasına hakkı olduğu şeklindedir. Ayrıca, medya ve özellikle reklamlarda kadınları bastırılmış bir rolle sunmak ve kültürel normlar da bu başlık altında yer almaktadır (İlkkaracan ve ark., 1996; Çetiner, 2006).

1.5.3.3 Politik-Feminist Yaklaşımlar

Feminist politik teorilere göre ataerkil toplum yapısında erkeklere baskın olmak öğretilmiştir. Erkekler kadınları, kendi hakları olduğunu düşündükleri gücü elde etmek için döverler; kadınlara eşitlik hakkı tanımaz ve onları ezerler (İlkkaracan ve ark., 1996; Çetiner, 2006).

Sosyalist-feminist yaklaşıma göre, görev paylaşımındaki cinsiyete dayalı ayrım, aile içi şiddete zemin oluşturmaktadır. Çocukların bakımından ve evliliğin devamından her zaman kadın sorumludur. Ev işlerinin, koca ve çocukla ilgilenmenin ve cinselliğin yetersizliği, eşe yönelik şiddetin rasyonalize edilmesi için en sık kullanılan nedenlerdir (İlkkaracan ve ark., 1996; Çetiner, 2006).

Bu yaklaşımların yanı sıra kadına yönelik şiddet nedeni olarak biyolojik faktörler de öne sürülmektedir. Şizofreni, paranoid şizofreni gibi bazı akıl hastalıkları ile antisosyal kişilik bozukluğu gibi bazı ruhsal bozukluklar sayılabilir. Duygusal cevapların kaybı, sosyal ilişkilerin bozulması gibi belirtilerle ortaya çıkan şizofreni ve bunun özel bir çeşidi olan şüphe, kıskançlık, kendini beğenmişlik gibi duyguların ön plana çıktığı paranoid şizofreni diye adlandırılan akıl hastalıkları da biyolojik nedenler arasındadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998; Bilgel, 2005).

1.6 Dünya'da ve Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet evlerin dört duvarı arasında, gizli yaşandığından, toplumun değer yargıları bunlara ''aile meselesidir, karışılmaz'' gözüyle baktığından, bu olayları önleyici yasal yaptırımların yetersiz oluşundan, şiddete ve istismara uğrayan kişilerin utanma, korkma ve benzeri duygusal zorlanmalar nedeniyle bildirimde bulunmamalarından ve gerçekleri inkar etmelerinden, kurbanlarla ilk karşılaşan kişilerin belirti ve bulguları iyi tanıyamamalarından dolayı, aile içi şiddet olgularını belirlemek için yapılan çalışmaların niteliği ve yöntemi değiştirilmiş ve kadına

yönelik şiddet konulu araştırmalar hız kazanmıştır. Bu çalışmalar dünyada ve ülkemizde milyonlarca kadının aile içi şiddete maruz kaldığını ve şiddetin kadın sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

1.6.1 Dünya'da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Kadına yönelik şiddet türlerinin en sık görülen şekli, kadının birlikte olduğu kişi tarafından istismar edilmesidir. Kadına yönelik şiddet, yapılan antropolojik çalışmalara göre Papua Yeni Gine'de bazı yerli topluluklar dışında dünyada neredeyse her toplumda görülmektedir (Subaşı ve Akın, 2003).

Kadınların maruz kaldığı şiddet 1970'ler öncesinde daha çok yabancıların ya da uzak tanıdıkların saldırısı ve tecavüzle sınırlı görülmekteydi. Aile içi şiddet toplum çapında bir sorun olarak ele alınmamaktaydı. Kadına yönelik aile içi şiddet, 1970'lerin başında başlayan kadın hareketi ile birlikte toplumsal alanda tartışılmaya başlanmıştır (Yıldırım, 1998).

Aile içi şiddetin bugün endüstrileşmiş batı toplumlarında büyük bir sorun olduğu bilinmektedir. 1998 ''Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kadına Yönelik Şiddet'' araştırmasına göre; araştırmaya katılan 8000 kadından %12'si son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kalmıştır (Aykut, 2005).

Burazeri ve arkadaşları tarafından Tiran'da oturan 25-65 yaş grubundaki 1039 evli kadın üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmada kadınların %37'sinin kocalarından fiziksel şiddet gördüğü ve 25-34 yaş grubunda olanların, yüksek öğrenim görmüş olanların, beyaz yakalı işlerde çalışanların, kendisinden daha az eğitimli olanların ve kocası kırsal bölgede yetişmiş olanların daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (Aykut, 2005).

Mc Farlane ve arkadaşları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış 148 kadın

üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %68'inin cinsel saldırıya da uğradığı, %15'inin cinsel saldırıya atfedilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonunun olduğu, %20'sinin tecavüze bağlı olarak gebe kaldığı, cinsel saldırıya uğrayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Aykut, 2005).

Hathaway ve arkadaşlarının Massachusetts'de yaşayan 18-59 yaş grubundaki 2043 kadına ait ''Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Sistemi'' 1998 araştırmasına göre, kadınlardan 18-29 yaş grubunda olanların, çalışmayanların, öğrenci olanların, evlenmemiş.veya boşanmış olanların, düşük gelirli olanların, daha yüksek eğitim ve gelirli olanlardan daha fazla oranda şiddet gördüğü belirlenmiştir (Aykut, 2005).

Lown ve Vega tarafından ABD'de, 18-59 yaş grubundaki 1155 kadın üzerinde yapılan topluma dayalı kesitsel araştırmada kadınlardan; 18-30 yaş grubunda olanların, 4 ve daha fazla çocuğu olanların ve sosyal desteği olmayanların daha fazla fiziksel şiddet gördüğü belirlenmiştir (Aykut, 2005).

Avusturya'da mahkemeye sevk edilen 1500 boşanma davasının %59'unda evliliklerin sona erme nedeninin eşler tarafından kadına yönelen şiddet olduğu ortaya çıkmıştır. Danimarka'da kadınların %25'i fiziksel şiddeti başlıca boşanma nedeni olarak göstermektedir. Fransa'da şiddet kurbanlarının %95'i kadın, bunların %55'i de koca şiddetinin kurbanıdır. İngiltere'de her 7 kadından biri kocası tarafından tecavüze uğramaktadır. Kanada'da 1984 yılında yapılan bir araştırma 7 büyük şehirde şiddetin başlıca kurbanlarının kadınlar olduğunu göstermiştir. Kanada'da 4 kadından biri yaşamının herhangi bir noktasında cinsel şiddetin kurbanı olmakta, bunların yarısı 17 yaşından önce cinsel şiddete maruz kalmaktadır (WHO, 2002).

Gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerde durum farklı değildir. Kenya'da yapılan bir aile araştırmasında, 733 kadının %42'si kocalarından sürekli olarak dayak yediklerini belirtmişlerdir. Papua Yeni Gine'de Hukuk Reform Komisyonu tarafından yaptırılan ulusal bir araştırmaya göre, kırsal alanda yasayan kadınların

%67'si ve şehirlerde yaşayan kadınların %56'sı aile içi şiddetin kurbanı olmuşlardır. Bangladeş'te kocaları tarafından öldürülen kadınların sayısı ülkedeki tüm cinayet kurbanlarının %50'sini oluşturmaktadır. Kolombiya'da ülke çapında yapılan bir anketin sonuçları, her beş Kolombiyalı kadından birinin eşi tarafından fiziksel şiddete, her üç kadından birinin ise psikolojik şiddete maruz kaldığını göstermiştir (WHO, 2002).

Dünyada yapılmış 48 toplum tabanlı araştırmada kadınların %10-69'unun yaşamlarının herhangi bir döneminde eş şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Son on iki ayda maruz kalınan eş şiddeti sıklığı Avusturya'da % 3-6, Kore'de %38, ABD'de %27, Filistin'de % 52 olarak belirtilmiş, ev içi şiddet gören kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve depresyon meydana geldiği belirlenmiştir (WHO, 2007).

DSÖ'nün 2002'deki ''Sağlık ve Şiddet'' konulu raporuna göre, Hollanda'da 989 kadın üzerinde yürütülen çalışmada; herhangi bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı %21 olarak belirlenmiştir. Mısır'da 7121 kadın üzerinde yürütülen bir çalışmada ise bu sıklık %34'tür. Genellikle fiziksel şiddete, duygusal şiddet de eşlik etmektedir. Japonya'da 613 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %57'si üç tip şiddete fiziksel, duygusal ve cinsel aynı zamanda maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu duruma benzer olarak Meksika'da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların %52'si aynı zamanda cinsel şiddete de maruz kalmıştır (WHO, 2007).

DSÖ'nün 2001 yılında yaptığı bir araştırmaya göre; 15-44 yaş arasındaki kadınların ölüm sebepleri arasında, kişilerarası ilişkilerde yaşanan şiddet 10. sırada bulunmaktadır. DSÖ'nün 2002 yılı raporuna göre kadınların yaklaşık %47'si ilk cinsel ilişkilerinin zorla olduğunu bildirmiş olup, kadın cinayet kurbanlarının yaklaşık %70'inin erkek partnerleri tarafından öldürüldüğü tespit edilmiştir. TSSB, depresyon ve bunaltı, fobiler, panik bozukluklar, psikosomatik bozukluklar, yeme ve uyku bozuklukları, alkol ve madde kullanımı, sigara bağımlılığı, utanç ve suçluluk duygusu, azalmış benlik saygısı, güvenli olmayan cinsel davranışlar, intihar ve

kendine zarar verme davranışı gibi ruhsal sorunlar şiddet mağduru kadınlarda daha fazla görülmüştür (WHO, 2002).

Birleşmiş Milletler'in (BM) yaptığı bir araştırmaya göre; dünyada her altı kadından biri aile içi şiddete maruz kalmaktadır. Uluslararası Af Örgütü'nün hazırladığı raporda dünyada her üç kadından birinin (yaklaşık bir milyar kadının) dövüldüğü, cinsel ilişkiye zorlandığı veya taciz ve şiddetin bir başka şeklini yaşamak zorunda kaldığı belirtilmiştir. Aynı zamanda bu şiddeti yaratanların da genellikle kadının yakınındaki erkekler ya da aile bireyleri olduğu saptanmıştır (WHO, 2002).

Kadın sağlığı ve kadına yönelik aile içi şiddet konusunda DSÖ tarafından gerçekleştirilen ve DSÖ'nün 2005 yılı raporunda yer alan çoklu ülke çalışması; dünyada şiddetin boyutunu ve içeriğini gösteren önemli bir araştırmadır. Bu çalışmada dünyada 10 ülkenin 15 farklı bölgesindeki 24.000 kadından veri toplanmıştır. Bu ülkeler; Bangladeş, Brezilya, Etiyopya, Japonya, Namibyo, Peru, Samoa, Serbiyo, Montonegro ve Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti'dir. Çoklu ülke araştırması ülkeden ülkeye ve kendi içinde sonuçlar açısından çeşitlilik göstermektedir (WHO, 2005).

Bu çalışmada kadına yönelik aile içi şiddetin her toplumda yaygın olarak görüldüğü, kadınların %10-50'sinin yaşamlarında en az bir kez eşleri tarafından fiziksel şiddete uğradığı ve her 4 kadından birinin hayatlarında tecavüz veya tecavüz girişimi kurbanı olduğu bildirilmektedir. 24.000 kadın ile görüşülerek gerçekleştirilen bu araştırmaya göre, eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %13-61, cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı %6-59, duygusal şiddetle karşılaşan kadınların oranı %20-75'dir. Kadınların eşleri tarafından "yumruklanma", "tekmelenme", "yerde sürüklenme", "silahla tehdit edilme" gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı %4-49 arasındadır (WHO, 2005).

Çoklu ülke araştırması günümüzde özellikle Etiyopya ve Japonya başta olmak üzere diğer ülkelerde de 15-19 yaş arasındaki genç kadınların fiziksel ya da cinsel şiddet

ya da her ikisi açısından yüksek risk taşıdığını göstermiştir. Yine bu araştırmada, Bangladeş-Tayland gibi ülkelerde fiziksel olarak şiddete maruz kalan kadınların 2/3'sinin bu durumu kimseye söylemediği belirlenmiştir. Brezilya-Nambiya gibi ülkelerde ise fiziksel olarak şiddete maruz kalan kadınların bu durumu birilerine anlattığı ve bunların genellikle aileleri ya da arkadaşları olduğu belirlenmiştir. Partnerleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %19 ile %51'i genellikle gece şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların %10-16'sı evden ayrılmadan önce partnerlerinin ailesiyle yaşadığını belirtmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların %20'sinin evi terk ettiği; gerekçe olarak da çok ağır şekilde yaralanmayı ve %10'un üzerinde kadının da öldürülmekle tehdit edilmeyi gösterdikleri görülmüştür. Çoklu ülke araştırması aynı zamanda eş şiddetinin hastalık ve sağlık durumunu büyük ölçüde ilgilendirdiğini ortaya koyarak, kadınların şiddet karşısında fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin çok çeşitli sonuçlara ulaşmıştır (WHO, 2005).

Çoklu ülke araştırmasına göre, eşleri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddet ya da her ikisine maruz kalan kadınlarda şiddete maruz kalmayan kadınlara göre yüksek düzeyde duygusal acı (stres) yaşandığı da belirlenmiştir. Ayrıca; bu kadınların, yaşamı boyunca hiç şiddet görmeyen kadınlara göre iki kat daha fazla sağlık sorunu ile karşılaştığı ve bu sorunların depresyon, kaygı, psikosomatik belirtiler, öz saygı yitimi, intihar girişiminde bulunma, yeme bozuklukları, çeşitli jinekolojik rahatsızlıklar, seksüel bozukluklar, sigara, alkol ve madde kullanımı, istenmeyen gebelik, abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma gibi önemli sağlık sorunları olduğu belirlenmiştir (WHO, 2005).

"Namus Adına İşlenen Cinayetler" incelendiğinde; dünyada her yıl 5000 civarında kadın namus adına işlenen cinayetler sonucu öldürülmektedir (WHO, 2007).

Görüldüğü gibi dünyanın her tarafında şiddet, kadınlar için evrensel bir sorun olarak süregelmektedir. Kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik gelişmişlik, öğrenim düzeyine bakılmaksızın her toplumda son derece yaygın olarak görülmektedir.

1.6.2 Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Gelişmiş ülkelerde 1970'lerden itibaren kamuoyunun dikkatini çeken ve üzerinde pek çok araştırma yapılan sorun ülkemizde 1980'lerin ortalarından itibaren tartışılmaya başlanmıştır (Yıldırım, 1998; Subaşı ve Akın, 2003).

Bu konuda yapılan çalışmalar kısaca özetlenmiştir; 1988'de Piyasa ve Kamuoyu Araştırmacılar Derneği'nin (PİAR) yaptığı bir araştırma, Türkiye'de kadınlara yönelik şiddet konusunda yapılmış ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır. PİAR'ın Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSGM) için 20 ilden 20 yaş ve üzerinde 1181 kadınla yaptığı kamuoyu araştırmasına göre; Türkiye'de kadınların %22'si kocalarının fiziksel şiddetine maruz kalmış ve kocalarının fiziksel şiddetine maruz kalan kadınların %45'i bu durum karşısında hiçbir şey yapmadığı, şiddete maruz kalan kadınların yaklaşık dörtte biri ise kendini savunarak dayağa karşı koymaya çalıştığı belirlenmiştir (İlkkaracan ve ark., 1996).

Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı tarafından yaptırılan ''Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları'' araştırmasında (1994) ailenin büyüdükçe şiddetin arttığı, özellikle kayınvalide ile anlaşmazlıklardan doğan sorunların eşler arasında da çatışmaya yol açtığı, hamilelik döneminde de fiziksel ve sözlü şiddetin sürdüğü, sıklığının da azalmadığı anlaşılmaktadır. Şiddete maruz kalan kadınların %80'i yapacak fazla bir şey olmadığına inanmaktadır. Eşlerin daha iyi eğitim görmüş olması aile içindeki şiddeti azaltmaktadır (Çetiner, 2006).

Yine Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı tarafından yaptırılan ''Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet'' konulu araştırma (1997) ile kadınların %10'u eşlerinden sık sık (%3,6) ve ara sıra (%6,5) dayak yediğiniği bildirirken %12'si eşleri tarafından sık sık ve ara sıra hakarete uğradığını belirtmiştir (Çetiner, 2006).

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, öyküsünde yinelenen örselenme olayları olan 50 kadını kapsayan araştırmada, kadınların dayak olayını bir

ailevi sorun olarak gördüğü, bu sırrı dile getirmeleri halinde yeniden dövülme korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Dayak yaşantısı olan kadınlarda psikolojik tablolar olarak yoksunluk, çaresizlik, depresyon ve anksiyete sorunları bulunmuştur (Yıldırım, 1998). 1990 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Merkezi'ne psikolojik danışma amacıyla başvuran 140 kadınla yapılan bir araştırma; bu kadınların kocaları tarafından şiddete uğrayanlarda bedensel arızaların ve depresyonun daha yaygın olduğu görülmüştür (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998; Yıldırım, 1998).

Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı'na başvuran dört binin üzerindeki kadının %45,8'inin balayı döneminin sonunda, %1,3'ünün ilk çocuklarına hamileyken, %9,9'nun doğumdan sonra şiddet yaşadığı saptanmıştır. Kadınların ilk yıllarda eşlerinin değişeceğine inandıkları daha sonra da çevre baskısı, ekonomik nedenler, korku, meslek sahibi olmama gibi gerekçeler yüzünden eşlerini terk edemedikleri ancak şiddet çocuklarını da kapsadığında yardım aramaya karar verdikleri belirlenmiştir (Taylı ve ark., 2006).

Filiz Kayacıklı başkanlığında bir grup bilim adamının Türkiye genelinde Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları'na ilişkin 4287 hanede gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre katılımcıların %57,7'si şiddetin evliliğin "ilk günlerinde" açığa çıktığını ifade etmiştir (İçli ve Öğün, 2000; Vatandaş, 2003).

İçli ve Öğün tarafından adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçlarından hükümlü 273 kadın üzerinde gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına göre: kadınların, %31,6'sının fiziksel şiddete karşılık "kaçıp, kurtulmak istediği", %29,1'inin "boşanmak istediği" ortaya çıkmıştır. Grubun %10,8'inin ise "kocasını öldürmeyi" düşündüğü ortaya çıkmıştır. Eşinin şiddetine maruz kalan kadın hükümlülerin %56,6'sı kullanılan şiddet sonucu tıbbi bakım/tedavi görmek zorunda kaldıklarını belirtmiştir. Sorunlu evliliği sürdürmenin en önemli nedeninin (%37,7) çocuklarını babasız büyütmemek isteği olduğu anlaşılmıştır (İçli ve Öğün, 2000; Vatandaş, 2003).

2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) çalışmasında kadınlara, ekonomik ve cinsel nedenlere dayalı olarak kocanın karısını dövmesini haklı bulup bulmadıklarına dair sorular sorulmuştur. Belirlenen nedenler; kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, kadının parayı lüzumsuz yere harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi ve cinsel münasebette bulunmayı reddetmesidir. Araştırma kapsamında bulunan 15-49 yaş grubundaki kadınların %39'u belirtilen nedenlerden en az birini kocasının kendisini dövmesi için haklı bir neden olarak belirtmiştir. Kırsal kesimde yaşayan ve ülkemizin doğu bölgelerinde yaşayan kadınlar ile eğitim almamış veya ilkokul bitirmemiş kadınlar ve gelir getiren bir işe sahip olmayan kadınların bu nedenleri haklı bulanlar arasında en fazla yüzdelik dilimi oluşturmuştur. Eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınların %62'si belirtilen nedenlerden birini haklı bulurken, lise ve üzeri eğitim almış kadınların sadece %8,8'i fiziksel şiddet için belirtilen nedenlerden birini haklı bulmuştur. İşi olmayan kadınların %38'i, gelir getiren bir işte çalışanların %30'u bir nedeni haklı bulurken, gelir getirmeyen bir işte çalışanların yaklaşık %61'i şiddeti bir nedenle haklı bulmaktadır (TNSA, 2003; Erdoğan ve ark., 2009; Naçar ve ark., 2009; T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

Türkiye'de 2007 yılında yapılan "Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet" başlıklı hemen tüm illeri kapsayan geniş ölçekli araştırmada her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye genelinde %35'tir. Türkiye genelinde şiddet gören her iki kadından biri (doğuda her üç kadından yaklaşık ikisi) eşinden gördüğü şiddetle tek başına mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran %12'dir. Eşi okuryazar olmayan kadınların yarısı en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalmakta, eşin eğitimi yüksekokul ve üniversite düzeyine çıktığında bu oran % 18'e düşmektedir. Gelir düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı azalmaktadır. Buna karşın hane geliri 2.500 Yeni Türk Lirası (YTL) ve üzerinde olan her dört ailenin birinde bile fiziksel şiddet yaşanmaktadır. Şehirde oturan kadınların fiziksel şiddete maruz kalma oranları ilçelerde oturanlara göre yaklaşık %42 daha fazladır.

Dayağın en az yaşandığı yerleşim birimleri ilçeler, en çok yaşandığı yerler ise şehirlerdir. Kadınların %14'ünün en az bir kez "istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı" belirtilmiştir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin %67'si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Kadınların aileye kocalarından daha çok gelir getirmesi, dayak riskini en az iki kat artırmakta, bu durumda olan her üç kadından ikisi fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların %60-74'ü devletin erkekleri eğiterek, sığınma evleri açarak, bu konuda çalışan kuruluşları destekleyerek, ağır cezalar vererek ve polisi eğiterek erkeklerin uyguladığı şiddeti engelleyebileceğini düşünmektedir (Altınay ve Arat, 2007; Erdoğan ve ark., 2009; Naçar ve ark., 2009).

TNSA-2003'e benzer olarak TNSA-2008'de bir erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulamasının doğru bulunup bulunulmadığına ilişkin olarak kadınlara sorulan sorulara yönelik bazı durumlar şunlardır; kadın "yemeği yaktığında", "eşine karşılık verdiğinde", "çocukları ihmal ettiğinde", "cinsel ilişkiyi reddettiğinde", "yemek yapmadığında", "evin bakımını ihmal ettiğinde" ve "parayı lüzumsuz yere harcadığında". Ülke genelinde, TNSA-2003'ten bu yana geçen sürede, fiziksel şiddet yaşanmasına ilişkin en az bir nedeni kabul eden kadınların oranı %39'dan %25'e düşmüştür (TNSA, 2008). Fiziksel şiddetin doğru bulunması, temel özelliklere göre dikkate değer farklılıklar göstermektedir. Örneğin, kırsal alanlarda yaşayan kadınların %36'sı belirtilen durumların en az biri için kadının eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalmasını doğrularken, bu oran kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda %21'e düşmektedir. Fiziksel şiddeti doğru bulma oranı en yüksek Orta Anadolu bölgesinde (%45) iken en düşük Batı Marmara'dadır (%12) (TNSA, 2008). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 1. Şiddet Araştırma Komisyonu tesbitine göre, kadınların şiddet türünden en az birine uğrama oranı ülkemizde % 97'dir. Dolayısıyla %3'ü şiddet türlerinden hiçbirine maruz kalmamıştır (Solak, 2008).

1.6.2.1 Türkiye'de Aile İçi Şiddet ve İntihar

Türkiye'de intihar girişimlerinin nedenlerini araştıran çalışmalara bakıldığında,

Dilsiz ve Dilsiz (1993)'in intihar girişimi sonrası değerlendirdikleri 209 olgunun belirtildiği nedenler incelendiğinde; elde edilen sonuçlara göre intihar girişimine en sık yol açan nedenlerin ilk sırasında anne-baba ile hemen sonra da eş ile ilgili sorunların geldiği ortaya çıkmıştır. İntihar girişimlerine neden olarak doğrudan ruhsal sorunlarını belirtenlerin oranı %19,1'dir (Çetiner, 2006).

İntihar girişiminde bulunmuş yetişkin kadınlarla geriye dönük tarzda yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan kadınların ergenlik dönemindeki yaşam öyküleri incelenmiş; %30'unun bir aile üyesi tarafından cinsel veya fiziksel saldırı veya tacize maruz kaldığı saptanmıştır. Özellikle aile içi şiddetin, ayrılık ve kayıp olaylarının intihar riskini artıran öğeler arasında olduğu belirlenmiştir. DSÖ (1993)'e göre; aile içi şiddete maruz kalan her 11 kadından birinin intihara teşebbüs ettiği ve kadınların yaşadıkları psikolojik sorunların genelde kalıcı olup, şiddet sona erdikten sonra bu sorunları yaşamaya devam ettikleri bulunmuştur (Çetiner, 2006).

1.6.2.2 Türkiye'de Töre ve Namus Adına İşlenen Kadın Cinayetleri

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından "Türkiye Büyük Millet Meclisi Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadın ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu" için yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; Emniyet Genel Müdürlüğü kayıtlarında 2000-2005 yılları arasında töre ya da namus adına işlendiği ifade edilen 1091 cinayet bulunmaktadır. Bu cinayetlerde 480 kadın öldürülmüştür (T.C. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı, 2008).

İnsan Hakları Kurulları'ndan gelen raporlar değerlendirildiğinde 2003-2007 yılları arasında gerçekleşen töre ve namus cinayetlerine ilişkin olarak, töre ve namus cinayetlerinin nedeni, kadının ataerkil geleneksel yapıdan kaynaklanan özellikle namus kavramıyla tanımlanan cinselliğe ilişkin kendisinden beklenen rollere aykırı davranmasıyla veya cinselliğe ilişkin geleneksel toplumsal normlardan ciddi

sapmalar sonucu ortaya çıkan nedenler sayılabilir. Dar anlamda namus sebebiyle işlenen cinayet sayısı 370'i geçmektedir. Bu, toplam sayının % 30'unu aşkın bir orana karşılık gelmektedir. Yasak ilişki sebebiyle ölenlerin sayısı 106, cinsel taciz sebebiyle öldürülenlerin sayısı 72 ve tecavüz nedeniyle öldürülenlerin sayısı ise 18'dir. (T.C. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı, 2008). Töre ve namus kaynaklı cinayetlerin nedenleri arasında; evli kadının kocası dışında başka bir kişi ile cinsel ilişki yaşaması, çok evlilikten kaynaklanan sorunlar, boşanmış dul bir kadının eski kocasının akrabası ile evlenmesi, bekar kadının evlilik öncesi cinsel ilişki yaşaması, kadına rızası dışında aile baskısı ile evlilik yaptırılması, evli kadının zorla kaçırılıp tecavüze uğraması, erkeğe yönelik sosyo-kültürel baskılar, aile içi şiddetin bireyler üzerinde doğurduğu çeşitli sorunlar, kan davası, kız-alıp vermeden kaynaklanan nedenler ve aile içi uyuşmazlıklar yer almaktadır (T.C. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı, 2008).

1.6.3 Kadına Yönelik Şiddetin Türleri

Aile içi şiddet veya kadına yönelik şiddet denildiği zaman akla ilk olarak gelen tekme, tokat gibi fiziksel güç içeren şiddettir. Oysa aile içi şiddet sadece fiziksel boyutta gerçekleşmemekte, belki de son aşamayı oluşturmaktadır. Aile içi şiddet kavramı genellikle dört ayrı kategoride incelenmektedir.

1) Fiziksel Şiddet: Fiziksel incinme ve hastalığa neden olmak ya da bunların olmasına çalışmak veya kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Aile içinde yetişkinlerin birbirlerine uyguladıkları en yaygın yaşanan ve tanımlanan şiddet türüdür (Gömbül, 1998; Uysal, 1999).

Sıkıca tutmak, itmek, ısırmak, tokat atmak, yumruklamak, tekmelemek, tükürmek, kolunu bükmek, saçını çekmek, boğmaya çalışmak, bir şeyle vurmak, bıçak ya da silah kullanmak, yüze kezzap dökmek, hasta yaralı veya hamile iken gerekli yardımı esirgemek, sağlığı için gereken kaynaklara ulaşmasını engellemek, alkol ya da

madde (ilaç, uyuşturucu vb.) kullanmaya zorlamak, öldürmek gibi eylemler fiziksel şiddet kapsamına girmektedir (Demir, 2000; Eryılmaz, 2001; Muslu, 2001).

Kadına yönelik fiziksel şiddetin en ağır biçimlerinden biri de töre/namus nedeniyle kadına uygulanan şiddettir. Kadının giydiği kıyafet, gittiği yer, yabancı kişilerle konuşması, evlilik dışı ilişkisinin olması, evlik dışı hamile kalması, bakire olmaması, ailenin ya da akrabalarının uygun gördüğü kişi ile evlenmek istememesi, boşanması gibi nedenlerle kadına eşi ya da akrabaları tarafından şiddet uygulanması ya da öldürülmesi töre/namus bahanesiyle kadına uygulanan şiddettir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2007).

2) Duygusal (Psikolojik, Sözel) Şiddet: Duygusal şiddet adından da anlaşılacağı gibi şiddet uygulanan tarafı duygusal ve psikolojik yönden çökertmeyi hedefleyen ya da sonucunda kişinin duygusal bir çökkünlük yaşadığı bir şiddet türüdür. En yaygın duygusal şiddet şekilleri; yetersiz ilgi, ihmal, anlayış göstermeme, sınırlı ve monoton bir yaşam alanına kapatma, aşağılama, bağırma, yetersiz olduğunu söyleme, korkutma gibi eylemlerdir. Ailesi, arkadaşları ve komşuları ile görüşmesini yasaklamak, kişinin duygu ve düşüncelerini açıkça ifade özgürlüğünü elinden alma, kendi gibi düşünüp davranmaya zorlamak, evden dışarı çıkmasını yasaklamak, gittiği her yeri takip etmek, başkalarının önünde aşağılamak ve alay etmek, namus ve töre nedeniyle baskı uygulamak gibi eylemler de duygusal şiddetin birer şeklidir. Ayrıca kadının evcil hayvanlarına ve eşyalarına kötü davranmak gibi eylemlerde bu gruba girer. Aynı zamanda erkekler çoğunlukla duygusal şiddet aracı olarak çocukları kullanmaktadır (Ergin ve Bilgel, 2001).

Duygusal şiddetin bir çeşidi olarak da ele alınabilen sözel şiddet, aile içerisinde yetişkinlerin karşılıklı olarak uyguladıkları ve genellikle de kadınların karşı karşıya kaldıkları şiddet şekli olup, aşağılamak, ağır hakaretlerde bulunmak, kişinin kendine olan özgüvenini yitirmesine yol açmak, küçük düşürücü adlar takmak, alay etmek gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirgini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kadını yaralamak

amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaretlerde bulunmaktadır. Kadını küçük düşürücü adlar takmak ve sık sık olumsuz bir şekilde eleştirmek ve alay etmek de sözel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998).

DSÖ'nün 2005 yılında yapmış olduğu çok ülkeli kadına yönelik şiddet araştırmasına göre; başkalarının önünde küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunmak, kadının dinine, ırkına, diline, kültürel grubuna ve geçmişine ait değer verdiği inançları aşağılamak, sık sık kadına veya sevdiklerine zarar vermekle tehdit etmek, kadını doğrudan ya da dolaylı olarak korkutmak, kadını sürekli bağırma, eşyaları kırıp dökme, tehdit ve bakışlarla sindirmeye çalışmak, yıldırmak duygusal şiddetin varlığına işaret etmektedir (WHO, 2005).

3) Cinsel Şiddet: Cinsel şiddetin uygulanmasında asıl olan şiddete dayalı cinsellik değil, cinsellik görünümlü şiddettir. Cinsel şiddet; fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan zarara yol açabilecek olan cinsel nitelikli davranış veya tehdit niteliğinde, taciz ve suistimal içeren davranışlardır (CETAD, 2007).

Kadını istemediği yerde, istemediği zaman ve istemediği biçimde cinsel ilişkiye zorlamak, ensest, kürtaja zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, sünnet, fiziksel özellikleri bakımından başka kadınlarla kıyaslamak, cinsel yönden aşağılamak, küçük düşürmek gibi durumlar cinsel şiddetin sık görülen şekillerindendir (WHO, 2005; Akçer, 2006). Ayrıca kadına cinsel bir eşya gibi davranmak, cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, istenmeyen cinsel yakınlıklara zorlamak ters ilişki, cinsel bölgelere aletle işkence etmek gibi davranışlar cinsel şiddet örnekleri arasında sayılabilir. Cinsel şiddetin gözlendiği durumlarda çoğu zaman ileri derecede fiziksel şiddetle birlikte, sözel ve duygusal şiddet de söz konusudur (Demir, 2000).

4) Ekonomik Şiddet: Ekonomik şiddet, kadının çalışmasına izin vermeyip veya maddi imkanı daha geniş olduğu halde kadına, çok kısıtlı para vererek evin geçimi

için mucizeler beklemek, gerçekleştiremeyince de bunu başarısızlık olarak adlandırmak gibi fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin hemen hemen tümünün başvurduğu yöntemlerden biridir (Oktik, 2001). Kumara, dışarıdaki hayata, birlikte yaşadığı kadına veya keyfine göre harcayıp eve sadece çok küçük bir miktar para bırakan erkeklerin tutumu da bir ekonomik şiddet şeklidir. Erkeklerin sıkça yaptığı gibi evin gelirini eşinden saklamak, ortak biriktirilerek alınan evin/mülkün tapusunu kendi üzerine yaptırmak, kadının aileden gelen taşınır taşımaz mallarını baskıyla elinden almaya çalışmak da ekonomik şiddet kapsamına girer. Kadınların karşılaştığı en büyük sorunlardan biri eşlerinden, babalarından izinsiz harcama yapamamalarıdır. Bir diğer sorun ise; kadınların kazandığı paranın erkekler (eş ya da baba/ağabey) tarafından ellerinden alınmasıdır (Akçer, 2006).

1.6.4 Şiddet Uygulayan ve Şiddete Maruz Kalan Bireylerin Özellikleri

1.6.4.1 Şiddet Uygulayan Erkeklerin Özellikleri

Kadına yönelik şiddet uygulayan erkeklerde çocukluğunda aile içi şiddete tanık olma, kendisinin de şiddete maruz kalması, ilgisiz büyüme, özgüven azlığı, engellenmeye karşı tolerans azlığı bulunabilir. Bu erkekler kişilik özelliği olarak; patolojik düzeyde kıskanç, güvensiz, aşırı sahiplenici, saygısız, sinirli ve kindardır. Aynı zamanda bu kişilerin, erkeklik rolüne ilişkin yetersizlik duyguları vardır. Kadın erkek ilişkilerinde geleneksel cinsiyet hiyerarşisine inanan, davranışları için sürekli başkalarını suçlayan, bağımlı davranışlarının olumsuz sonuçlarını düşünmeyen kişilik yapısına sahip oldukları belirtilmektedir. Şiddet uygulayanların bazıları ise antisosyal kişilik özelliği taşımakta ve kontrol aracı olarak korkuyu kullanmaktadır (Altun, 2006). Genel olarak şiddet uygulayan erkekler düşük benlik saygısına sahiptirler ve sıklıkla terk edilme, kayıplar, yardımsızlık, bağımlılık, güvenlik duygusunda azalma, mahremiyet ile ilgili sorunlar yaşamaya meyillidirler. Kendi davranışlarıyla ilgili inkar içindedirler. Şiddet konusundaki görüşlerine bütün dünyanın katıldığını ve şiddetin günlük hayatla baş etme yollarından biri olduğu görüşündedir. Empati yapma yetenekleri zayıftır. Kadın ve erkek davranışları

konusunda katıdırlar. Sıklıkla kendisini özel olarak görmekte, koruyucu ve bakım verici olarak özel ilgiye hakkı olduğunu düşünmektedir. Ayrıca bu erkeklerde madde bağımlılığı sık olarak görülmektedir (Köse ve Beşer, 2007).

1.6.4.2 Şiddete Maruz Kalan Kadınların Özellikleri

Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı aile ortamında pasif olmaya yöneltilmiştir, sosyal açıdan yalnızdır, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır ve erkeğin saldırganın davranışlarından kendini sorumlu tutmaktadır. Özbenlik saygısı az ve bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunları olmasına rağmen yaşadıkları şiddeti inkar etme eğilimindedirler. Aile içi ve çevresindeki rolleri gelenekselcidirler. Kadın erkeğin bir gün değişeceğine dair inancını hiç kaybetmez (Subaşı, 2001; Akın, 2003; Koştu, 2006).

1.6.5 Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri

Aile içi fiziksel şiddet sık sık tekrarlama riski olan bir davranış kalıbıdır. Bir kez fiziksel şiddete uğrayan bir kadının bu davranışla tekrar karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir. Kadın bu gerçeği bilse bile, bu koşullarda yaşamaya devam edebilir. Kadının şiddet gördüğü ortamda yaşama nedenlerinden bazıları şunlardır:

- Kadının şiddeti sorun olarak algılamaması,
- Dini inançlar,
- Toplumun şiddete yaklaşımı,
- Kurumların kadına karşı yanlı davranışları,
- Sosyal hizmet kaynaklarının yetersizliği,
- Ekonomik bağımlılık,
- Kişilik özellikleridir (Altun, 2006).

Aynı zamanda; yapılacak bir şey olmadığını düşünme, kimsenin kendisine yardım edemeyeceğine inanma, şiddetin tüm evliliklerde olduğunu ve daha sonradan biteceğini düşünme, yalnız kalamama, işinin olmaması ve eğitim seviyesinin düşük olması, kendilerine yapılana karşı ceza verme korkusu, çocuklar için endişelenme, duygusal bağımlılık, aile ve arkadaşların desteğinin bulunmayışı, boşanmış kadınlara toplumun önyargılı davranması gibi nedenler sayılabilir (Beşer, 2000). Bazıları ise erkeklerin kendilerini sevdikleri için şiddet uyguladıklarını düşünürler. Ancak çoğu kadın korktuğu için şiddete katlanır. Şiddete uğrayanların çocuk sahibi olması durumunda; babanın çocuk üzerindeki hakları ve çocuğun babasına bağımlılığı nedeni ile ayrılmak güç olmakta ve şiddet devam etmektedir. Şiddete uğrayan kadının eşinden ayrılmak istemesi veya ayrılma girişiminde bulunması şiddet riskini ve ölüm tehdidini artırmaktadır (Demir, 2000).

Kadınlar küçüklükten başlayarak şiddet ve atfedilen toplumsal cinsiyet rolleri ile büyütülmektedir. Kadınlar; bekarken babalarına, evlendikten sonra kocalarına, yaşlılığında ise oğullarına bağımlıdır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1998). Toplumumuzda aile içinde yaşananlar, aile içinde kalır ve dışarı hiçbir koşulda çıkmaz. Kadın, maruz kaldığı şiddetin yaşanan kişisel bir sorun olduğunu düşünür. Kadın maruz kaldığı şiddeti normal davranış olarak kabul eder, bunun istismar olduğunu düşünmez. Kadın, tüm bunlar doğrultusunda hiç kimseden destek alamayacağını, aksine bunu anlatmanın kendisine zarar vereceğini düşünür (Akçer, 2006).

Geçici olarak da olsa ayrılmayı başaran kadınlar ise bir süre sonra hem içten, hem de dıştan gelen baskılar sonucunda eve dönmektedirler. Burada erkeğin kadına uyguladığı baskı da etkilidir. Erkek intihar etmekle kadını tehdit eder. Değişeceğine dair söz verir. Buna bağlı olarak kadın, ailesinin ve arkadaşlarının geri dönmesine yönelik baskıları sonucunda ve çevresindeki insanların onu yuvasını dağıtan kadın olmakla suçlamasından korktuğu ve etkilendiği için kadınlar maruz kaldıkları şiddet ortamından kurtulamamaktadır (Akçer, 2006).

1.7 Kadına Yönelik Şiddetin Etkileri

Kadına yönelik şiddetin hem kurban (kadın) hem de uygulayan üzerinde çok çeşitli etkileri olabilir. Bu etkiler kurban açısından daha önemli ve ciddi olmakla beraber çeşitlilik göstermektedir.

1.7.1 Aile İçi Şiddetin Psikososyal Etkileri

1.7.1.1 Aile İçi Şiddetin Özgüvene Etkileri

Örselenmiş kadınlarda düşük özgüven bildirilmiş ve ağır tacizin yetersiz güvenle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte düşük özgüvenli kadınların mı daha çok şiddet riski altında olduğu yoksa şiddet nedeniyle mi bu kadınların özgüvenlerinin azaldığı bir tartışma konusudur. Sebebi ne olursa olsun düşük özgüven, kadınların şiddet içeren ilişkileri terk etmesini zorlaştırmaktadır. Bir ilişkiyi sona erdirmek, kendilerini yetersiz olarak değerlendiren kadınlar için daha büyük zorluklar çıkaran birçok durumsal ve psikolojik değişikliğe neden olur (Çetiner, 2006).

Duygusal şiddetin kadınların özgüveni üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yarattığı bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda örselenmiş kadınlar duygusal şiddetin ilişkilerinin en stres yaratıcı yönlerinden biri olarak tanımlamıştır. Aile içi şiddet programlarından destek alan kadınları şiddete maruz kalmamış kontrol grubunun özgüvenlerini değerlendiren bir çalışmada; örselenmiş kadınların özgüvenlerinin şiddet görmeyen gruptaki kadınlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. (Çetiner, 2006).

1.7.1.2 Aile İçi Şiddetin Evliliğe Etkileri

Yapılan çalışmalarda aile içi şiddetin evliliğin ilk yıllarında başladığı saptanmıştır.

Toplumdan seçilen 120 kadınla yapılan bir çalışmada evliliğin ilk yıllarında erkeğin uyguladığı fiziksel şiddetin kadınlar arasında evlilikten alınan tatmin düzeyini belirgin düzeyde azalttığı ve evliliğin algılanan stabilitesini düşürdüğü saptanmıştır. Ayrıca evliliğin ilk yılında yaşanan şiddet ile o evliliğin boşanmayla sona erme olasılığı arasında ilişki bulunmuştur. Evliliklerin ilk yıllarında çatışma, fiziksel ve sözel şiddet olasılığı daha yüksektir. Şiddet içeren evliliklerin boşanmayla sona ermesi uzun süreli evlilikler içindeki şiddetin görece az olmasını açıklayabilir. Evlenmeden önce ve evliliğin on ikinci ayında 543 çiftle yapılan bir çalışmada kadınların %14'ü en az bir kez ayrılma girişimleri olduğunu belirtmiştir. 55 çift ise boşanmış veya boşanma işlemlerine başlamıştır (Çetiner, 2006).

1.7.1.3 Aile İçi Şiddetin Çocuklara Etkileri

Anneye şiddet uygulayan kişi ve/veya bazen anne de, çocuğa da şiddet uygulamaktadır (Taylı ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan çocuklarda kavramada zayıflık, gelişimde gecikmeler, düşük empati bulunmuştur. Yine çocuklarda kavrama ve duygusal tepkilerde gecikme, anksiyete, sosyal çekilme, depresyon, sosyal ilgi alanlarında azalma, davranışsal sorunlar, saldırgan davranışlar, hiperaktivite, sosyal beceride azalma, okul problemleri, kabadayılık, aşırı bağırma, yapışma davranışları, konuşma bozuklukları, fiziksel belirtiler, baş ağrıları, yatak ıslatma, kesintili uyku, büyümenin durması, kusma, diyare gibi sorunlar olduğu görülmüştür (Çetiner, 2006).

1.7.2 Aile İçi Şiddetin Sosyoekonomik Etkileri

Kadının sağlık riskinde artışa neden olan şiddet global olarak bütün sağlık sistemleri üzerindeki yükü arttırmaktadır. ABD, Zimbabve ve Nikaragua'da yapılan araştırmalar, fiziksel ya da cinsel saldırıya uğrayan kadınların sağlık hizmetlerini, şiddet öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla kullandığını, böylece sağlık giderlerinin arttığını göstermektedir (Türmen, 2003; Köse ve Beşer, 2007). ABD'de

yapılan bir araştırmaya göre ise şiddet gören kadınların sağlık harcamaları 2.5 kat, sağlık kuruluşlarına başvurusu ise 2 kat artmış olarak bulunmuştur (Türmen, 2003). Dünya Bankası tecavüz ve aile içi şiddetin üreme çağındaki kadınların yaşamlarındaki beş sağlıklı yıldan birine mal olduğunu tahmin etmektedir. Ayrıca kadına yönelik şiddet, ekonomik ve sosyal kalkınma için gizli bir engel oluşturmaktadır. Şiddet kadınların enerjisini tüketerek, kendilerine güvenlerini azaltarak ve sağlıklarını bozarak, toplumu kadınların tam katılımlarından yoksun bırakmaktadır (WHO, 2007). Kısa ve uzun vadede düşünüldüğünde şiddetin etkileri kadının mesleki ve kariyer yaşamını olumsuz etkileyerek veya sona erdirirken, onu yoksulluğa ve ekonomik bağımsızlığını kaybetmeye itecektir. Eğer şiddet aile içinde yaşanıyorsa, aile yaşamı tahrip olurken çocuklar yoksulluk yaşayacak ve aile yaşamına olan güven ve inançlarını kaybedeceklerdir (Türmen, 2003).

1.7.3 Aile İçi Şiddetin Sağlık Üzerine Etkileri

Aile içi şiddet, kurbanları üzerine ciddi fiziksel ve akıl sağlığı etkileri bırakmaktadır. Yaralanmaların yanı sıra fizik sağlık ve akıl sağlığı problemlerine ilişkin riski artırmakta olup, yaralanmalar ve intihar ölümlerin önemli bir nedenleridir. Kadınlara yönelik saldırganlığın tıbbi ve psikolojik etkileri büyük olmaktadır. Gerçekten de aile içi şiddet nedeniyle tıbbi yardıma başvuran kişilerin %95'i kadındır. Acil servise başvuran kadınların %30-40'ının başvuru nedeni partner şiddetidir. Kadınların partnerlerinin ciddi bir saldırısına uğrama olasılığı, başka saldırılara maruz bırakılma olasılığından kat kat daha fazladır (Çetiner, 2006).

Ağır ve sık olarak şiddete maruz kalan kadınlarda isten ayrılmasına yol açacak şekilde beden ruh ve sağlığı problemleri görülebilmektedir. Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların %34'ü sağlık problemleri nedeniyle çalışamayacak durumda kalırken, şiddet yaşamayan kadınlarda bu oran %16'dır. Sadece fiziksel veya cinsel şiddet yasayan kadınlar değil psikolojik şiddete maruz kalan kadınlar da benzer sağlık sorunları yaşamaktadır (Çetiner, 2006).

1.7.3.1 Aile İçi Şiddetin Beden Sağlığı Üzerine Etkileri

Aile içi şiddetin yol açtığı yaralanmalar, korku ve stres; vücudun çeşitli bölgelerinde kronik ağrılar ve tekrarlayan bayılma, nöbet gibi kronik sağlık sonuçlarına da yol açmaktadır. Ayrıca, saldırganın boğmaya çalışması veya kafasına vurması nedeniyle bilinç kaybı yaşadıklarını örselenen kadınların %10-44'ü belirtmişlerdir. Örselenmiş kadınlarda strese bağlı olarak ortalamanın üstünde bir oranda iştah kaybı, yeme bozuklukları gibi gastrointestinal belirtiler ve bozukluklar görülmektedir. Hipertansiyon ve göğüs ağrısı gibi kardiyak rahatsızlıklar da aile içi şiddet ile ilgili olarak dile getirilmektedir. Ancak bu gibi rahatsızlıklarda başka risk faktörleri de etkili olabileceği için, aile içi şiddetin etkisi tam olarak belirlenememektedir. Aile içi şiddetin yol açtığı stres veya depresyon gibi mental rahatsızlıkların bağışıklık sistemini zayıflatması, nedenlerden biri olabilir (Çetiner, 2006).

Örselenen kadınlar ile örselenmeyen kadınların fiziksel sağlıkları arasındaki en belirgin, uzun süreli ve büyük fark, jinekolojik problemlerdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, vajinal kanama veya enfeksiyon, cinsel istekte azalma, genital iritasyon, ilişki sırasında ağrı, kronik pelvik ağrı ve üriner sistemde enfeksiyon, cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda görülen belirtiler ve bozukluklar arasındadır. ABD'de yapılan bir araştırmada, eş şiddetine maruz kalan kadınlarda jinekolojik rahatsızlık oranının olmayan diğer kadınların üç katı olduğu ortaya çıkmıştır (Çetiner, 2006).

Zorla cinsel ilişkinin sağlık sorunlarına neden olmasının sebepleri arasında; artan stres ve utanç duygusunun bağışıklık sistemini baskılaması; vajinal, anal ve üretral travmalarla mikroorganizmaların dolaşım sistemine ve üretraya yüksek oranda geçişi; zorla cinsel ilişkiye giren erkeklerin başka kadınlarla da korunmasız ilişkiye girmeleri sayılabilir (Çetiner, 2006).

Kadınlarda travmanın fiziksel etkileri ağrı, ekimoz, sıyrık, hematom, kafa travmaları, kemik kırıkları, abortus olguları, kısmi işitme ve görme kayıpları yanıklar, ısırıklar ve bıçak yaralarına bağlı skarlar, ateşli silah yaraları gibi birçok bulgunun ortaya

çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca şiddet gören kadınlarda kronik abdominal-pelvik ağrı, kas ağrıları, astma, irritabl mesane sendromu, solunum sıkıntısı ve kronik baş ağrıları da sık görülen sağlık sorunlarıdır. Psikolojik şiddet gören kadınlarda ise; çalışmayı engelleyen yetersizlik, artrit, kronik ağrı, migren, kekeleme, ülser, spastik kolon gibi fiziksel sorunlar da görülmektedir (Koştu, 2006).

Şiddete maruz kalan kadınlarda hastalıklara maruziyetin daha fazla olmasının nedeninin, strese bağlı olarak immünitenin zayıflaması, ayrıca kendini ihmal ve riskli davranışlar (örn. sigara içme) gösterilmesi olabileceği düşünülmektedir. Bütün biçimiyle şiddet doğrudan ya da dolaylı olarak kadınların ve kız çocuklarının üreme sağlığına büyük zarar vermektedir. Kadına yönelik şiddet, tecavüz veya kadının kontraseptif kullanma davranışını etkileyerek istenmeyen gebeliklere neden olabilmektedir (Aykut, 2005). Şiddetle bağlantılı istenmeyen gebelik riskindeki artış bazı sorunlara neden olmaktadır. İstenmeyen gebelik oluştuğunda birçok kadın bu sorunu düşükle çözmeye çalışmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2005). Gebelik sırasında meydana gelen majör ve minör travmalar; spontan abortus, birinci ve ikinci trimester kanamaları, prematür eylem, fetal distres, spinal kord yaralanmasıyla birlikte hiperfileksi sendromu, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca şiddet kadının sigara, alkol veya madde kullanımı gibi zararlı davranışlarında artışa yol açarak dolaylı olarak gebelik komplikasyonlarına yol açmaktadır. Şiddetin yarattığı stres ve anksiyete kadının yeterli beslenme, dinlenme ve tıbbi bakım olanaklarını azaltmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2005).

1.7.3.2 Aile İçi Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Kadınlar eş, anne ve ailenin bakıcısı olmak ile ilişkili sorumlulukların yükünü taşımaktadır. Giderek artan düzeylerde işgücünün vazgeçilmez bir parçası haline gelmektedir. Kadınlar üstlerindeki bu baskılara ek olarak cinsiyet ayrımcılığı, ev içi

şiddet ve cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Toplumun kendilerine yüklediği yükler, kadınların ruhsal bozukluklara maruz kalma riskini arttırmaktadır (WHO, 2007).

Ruh sağlığı hastaları arasında, aile içi şiddetin ruh sağlığına etkileriyle ilgili çalışmalar, kadınlara yönelik tacizin kültürel olarak kabul ediliyor olması, kadınların partnerlerinin şiddeti nedeniyle suçlu veya sorumu olduğunun düşünülmesi, partner şiddetine ilişkin psikolojik sorunlara odaklanılması gibi nedenlerle göz önüne alınmamıştır. Son 10 yılda yapılan disiplinler arası çalışmalar, eş şiddetine ilişkin çeşitli psikolojik zorlukları ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışmalar şiddet gören kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının prevalansı dikkat çekecek kadar yükseldiğinin göstermektedir. Eş şiddeti ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen topluma dayalı çalışmalarda eş şiddeti öyküsü olan kadınlarda daha fazla sorun saptanmıştır. Ayrıca şiddetin sıklığı ve ağırlığı ile ruh sağlığı sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Çetiner, 2006).

Birçok kadın şiddetin psikolojik etkilerini fiziksel etkilerden daha ağır yaşamaktadır (WHO, 2007).

Astin (1995) ve Follingstad (1991) sıklıkla bildirilen hastalıklar olarak; TSSB, madde kullanımı, anksiyete ve depresyonu saymaktadır. Sığınma evleri ve acil servisler aracılığıyla değerlendirilen örselenmiş kadınlarda depresyon, TSSB ve intihar girişimi oranının yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (Çetiner, 2006).

Şiddete ilişkin korku ve şiddeti doğrudan bizzat yasamak, stres kaynağıdır ve ruh sağlığını etkileyebilir. Yüksek stres deneyimi TSSB'nin önde gelen nedenidir. Diğer travmatik veya stres kaynağı olayların ruhsal bozukluklara yol açıyor olması, aile içi şiddetin de yol açmasını olası kılmaktadır. Geçmişte yapılan çalışmalarda aile içi şiddetin akıl sağlığı sorunlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, ruh sağlığı sorunlarının örselenmiş kadınlardaki ve genel nüfustaki sıklıkları karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunları ile aile içi şiddet arasındaki ilişkinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Şiddetin derecesi ve süresi ile depresyon ve TSSB sıklığı ve

derecesinin ilişkili olduğu bildirilmektedir. Yaşanılan şiddetin derecesi ve süresinin de depresyon varlığı ve derecesiyle ilişkili olduğunu çok sayıda çalışmada tutarlı olarak bulunmuştur. Depresyon genellikle şiddete bir reaksiyon olarak değerlendirilmektedir. Örselenmiş kadınlardan bazılarında görülen depresyon, aile içi şiddet nedeniyle mevcut kronik depresyonun alevlenmesinden kaynaklanabilse de birçok vakada ilk depresyon belirtilerinin aile içi şiddet ile birlikte ortaya çıktığı, aile içi şiddetin derecesi yükseldikçe, kadınlardaki depresyon ile stres düzeylerinin arttığı ve aile içi şiddetin şiddeti azaldıkça depresyonun şiddetinin de azaldığı belirtilmektedir (Çetiner, 2006).

Şiddet içeren bir ilişkinin tipik özellikleri olarak, korku yaratma ve gelecekte de şiddetin yaşanacağı tehdidinin yanı sıra, tekrarlayan fiziksel ve duyusal saldırıların varlığı, örselenen kadının özgüvenini azaltır ve onun kendisini değersiz, yetersiz, sevilemez, eksik hissetmesine yol açarak depresyona neden olur. Gerçekten de çeşitli örselenmiş kadın örneklemlerinde fiziksel ve psikolojik şiddet ile depresif belirtiler arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (Çetiner, 2006).

Aile içi şiddet ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen Ratner (1993) Kanada'da yaptığı bir araştırmada, aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda depresyonun yanı sıra diğer kadınlara göre daha yüksek oranda anksiyete, uykusuzluk ve sosyal fonksiyon bozukluğu bildirmiştir (Çetiner, 2006).

Sanayileşmiş ülkelerde alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı, aile içi şiddet kurbanlarında sık görülen diğer bir durumdur. Evlilik içinde şiddet gören kadınlarda, alkol kullanımına başlanması ve aşırı alkol kullanımı vakaları artmaktadır. Bu da kadınların şiddetle başa çıkma veya kaçınmak için alkol kullandıkları fikrini perçinlemektedir (Çetiner, 2006).

Aile içi şiddet sonrasında kadında psikolojik olarak; duygusal dengesizlik, korku ve depresyon, nedensiz ağrı, ümitsizlik ve çaresizlik, ürkeklik, sessizlik, çekingenlik, uykusuzluk, bitkinlik, halsizlik, unutkanlık, öfke patlamaları, aşırı yorgunluk, utanma

ve sosyal izolasyon, kendini suçlama, yalnızlık hissi, patolojik ümit (şiddetin bir gün biteceğine dair), düşük özgüven, değersizlik ve yetersizlik duygusu, insanlara güvensizlik, yakın ilişkilerde zorluk sık görülür. Bir araştırmada ise; kadınların gerçekleştirdiği intihar vakalarının % 80'inde neden, aile içi şiddettir (Eryılmaz, 2001; Muslu, 2001; Taylı ve ark., 2006).

Şiddete uğrayan kadının, durumunu kontrol edememesi ve şiddet ortamından uzaklaşamaması çaresizliğin bir göstergesidir. Kadının çaresizlik yaşaması, mevcut koşulları değiştirmede güçsüzlük ve yetersizliğe neden olmaktadır. Şiddete uğrayan kadınlar sıklıkla panik haldedirler ve her an kötü bir şey olacak beklentisi vardır. Bu nedenle uyuyamaz ve rahatlayamazlar, uykuya daldıklarında şiddet kabusları ile uyanırlar. Bu kronik stres, depresyon ve anksiyete gibi bazı somatik rahatsızlıklara da yol açar (Yurdakul, 1996; Muslu, 2001; Taylı ve ark., 2006).

ABD'de yapılan bir çalışmada; dayak yiyen kadınların diğerlerine göre 4-5 kat daha fazla psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duydukları ve 5 kat daha fazla intihar ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca alkol ve ilaç bağımlılığı ve kronik ağrıların şiddete uğrayan kadınlarda daha çok görüldüğü bildirilmiştir (Bütün, 2001).

Bunun yanında cinsel şiddete uğrayan kadınlarda yaygın olarak; olayı tekrar takrar anımsama, rüyada görme, sıkıntı, çarpıntı, terleme gibi fizyolojik tepkiler, travmayı anımsayamama, toplumdan uzaklaşma, geleceğe karşı umutsuzluk hissetme, iştahta artma ya da azalma, uyku problemleri, cinsel disfonksiyon, güvensizlik, dikkat dağınıklığı gibi durumlar görülmektedir. Bu belirtiler olayın arkasından kısa bir süre geçtikten sonra ortaya çıkabildiği gibi olaydan uzun bir süre sonra da ortaya çıkabilmektedir (Koştu, 2006).

1999 yılında John Hopkins Üniversitesi'nin ''Kadına Yönelik Şiddeti Sonlandırmak'' konulu nüfus raporunda; aile içi şiddet kurbanı kadınların, şiddet görmeyen kadınlara oranla çok daha fazla alkol ve uyuşturucu kullanma eğilimi gösterdiği, şiddet mağduru kadınların yaşadıkları travma nedeniyle; ruhen ve

bedenen yaşamlarını sürdüremez hale gelirken, sosyal ilişkilerinin bozulduğu, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişimlerinin azaldığı, siyasal ve sosyal haklarını talep etme ve karar mekanizmalarında yer alma kapasitelerinin zarar gördüğü, toplumsal ve ekonomik yaşama katılımlarının büyük oranda düştüğü belirlenmiştir (UAÖ, 2004).

1.8 Depresyon İle İlgili Genel Bilgiler

Günümüzde psikiyatrik sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmıştır. Bu hem bireysel hem de toplumsal boyutta, önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Tıbbi yardım için başvuran hastaların dörtte üçünde müdahaleyi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sorun bulunmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görüleni depresyondur (Savrun, 1999).

1.8.1 Depresyon Kavramı

Depresyon sözcüğünün Latince kökü "depressus" dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, kederli, gamlı, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamlarına gelir (Doğan ve Çetin, 2008).

Sözlük anlamıyla çökkünlük olarak Türkçeye çevirebileceğimiz depresyon, anlık bir ruh hali, bir sendrom veya bir hastalık olarak karşımıza çıkabilir. Hayatta herkes zaman zaman sıkıntılar yaşayabilir. Ancak, bazı kişilerde bu semptom halini alabilir ve çok daha azında bu bir hastalık belirtisidir (Savrun, 1999). Depresyon, derin üzüntü veya keder, uykusuzluk, iştah azalması, zevk alamama, ümitsizlik, sinirlilik, kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak kendini gösterir (Ünsal ve ark., 2008).

Depresyon, birinci basamakta en sık görülen 4-5 hastalık arasında yer alır. Oldukça sık görülür, çok sıradan bir rahatsızlık gibi algılanmasına karşın bazen çok ağır

seyreder, yineleyebilir, birey ve toplum için masraflı bir hastalıktır, büyük ölçüde tedavi edilebilir (Savrun, 1999).

1.8.2 Depresyonun Belirtileri

Depresyonun temelinde daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük aktivitelere karşı isteksizlik ve hayattan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak depresyondaki kişide kederli ve üzgün bir duygudurum ile birlikte görülen bazı değişiklikler zamanla oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmişi ve geleceği düşünmeye başlar. Yalnız normal sınırlarda kabul edilecek gün içerisindeki duygulanımdaki çökkünlükler depresyon sayılmaz. Depresyon diyebilmemiz için aşağıda sıralanmış belirtilerin gün içerisinde hemen hemen gün boyu ve en az son on beş gündür devam ediyor olması gerekir (Küey, 2008).

En sık görülen depresyon belirtileri:

- Depresif duygudurum, üzüntü, keder, hüzün, çökkünlük, neşelenememe,
- İlgi, istek, dürtü azalması; zevk alamama, bıkkınlık,
- Yorgunluk, enerjisizlik, bitkinlik, düşkünlük, halsizlik,
- Değersizlik, pişmanlık, suçluluk, kendini küçük görme duygu ve düşünceleri,
- Çaresizlik, karamsarlık, ümitsizlik duygu ve düşünceleri, kötümserlik,
- Benlik saygısında düşüş, kendine güvenin azalması,
- Dikkat yoğunlaştırmada güçlük, konsantrasyon yeteneğinde azalma olması,
- İştah değişimi (diyet uygulanılmamasına karşın önemli derecede kilo kaybı ya da alımı, bir ay içinde vücut ağırlığının %5'inden fazlasının artması ya da azalması ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalmanın olması),
- Uyku bozukluğu, genellikle hemen her gün uykusuzluk,
- Cinsel isteksizlik, kadınlarda adet düzensizlikleri,
- Özgül olmayan ağrı gibi bedensel yakınmalar,

- Ölüm düşünceleri, kendine zarar verme düşünceleri, intihar girişimidir (Kocabaşoğlu ve ark., 2004; Küey, 2008).

Depresyondaki duygudurum çökkünlüğü sıradan günlük olayların ya da bir kaybın neden olduğu üzüntü ve yas halinden farklı bir durumdur. Olağan üzüntü ya da yas yaşayan insanlarda da duygudurum çökkünlüğü görülür ancak bu kişiler eğlenceli bir durum karşısında ya da iyi bir haber aldıklarında geçici de olsa zevk alabilirler, neşelenebilirler ve duruma uygun duygusal tepkiler verebilirler. Oysa depresif hastalarda bu mümkün değildir. Duygulanımları sürekli olarak çökkündür. Hastalar bu hissi tipik olarak ''kahredici bir duygusal acı'' ya da ''karanlık bir bulut içerisinde olmak'' gibi dramatik ifadelerle dile getirebilirler. Depresyonda biyolojik (fizyolojik) olarak nitelenen bir grup belirti büyük önem taşır. Bunlar uyku ve iştah bozuklukları, kilo kaybı, günlük mizaç değişiklikleri, kabızlık, libido kaybı ve amenoredir. Fizyolojik belirtiler hafif şiddetteki depresyonlardan ziyade orta ve ağır şiddetteki depresyonlarda sıktır. Depresif hastalarda birkaç değişik türde uyku bozukluğu görülebilir. Bunların en tipik olanı erken sabah uykusuzluğudur. Bununla birlikte uykuya dalma güçlüğü ve/veya uyku bölünmesi de olabilir. Erken sabah uykusuzluğu gösteren hastalar her zaman uyandıkları saatten birkaç saat evvel uyanırlar ve bir daha uyuyamazlar. Sabah olana dek uyanık bir şekilde yataklarında yatarlar. Bu hastalar için günün en kötü zamanı bu saatlerdir. Çok şiddetli bir sıkıntı ve ajitasyon gösterirler. Depresif hastaların pek çoğu intihar girişimlerini bu saatlerde gerçekleştirirler (Göğüş, 2000).

En sık görülen tipik depresyon belirtileri yukarıda özetlenmiştir. Bir rahatsızlık döneminde bu belirtilerin tümü aynı anda bulunmayabilir. Bazen depresyon belirtileri bu kadar açık olmayabilir; anti-sosyal davranışlar, cinsel davranışlar, kumar oynama, ani öfke patlamaları, aşırı tahammülsüzlük, tehlikeli araba kullanma gibi yüksek riskli davranışlar, aşırı alkol ve madde kullanımı, yoğun bedensel yakınma ve ağrılar ya da özellikle hastalığın ilk evrelerinde kendini yaşamın bir alanına adeta hapsetme, örneğin aşırı işe düşkünlük gibi değişimler de altta yatan bir depresyonun farklı dışa vurumlarına işaret edebilir (Küey, 2008).

1.8.3 Depresyonun Türleri

Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden söz edilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar değişik sınıflandırma sistemleriyle sınıflandırılırlar. Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan Zihinsel Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu'dur (DSM-IV). DSM-IV'e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir:

1. Majör depresif bozukluk,
2. Distimik bozukluk,
3. Bipolar bozukluktaki depresyon,
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon,
5. Depresyonlu uyum bozukluğu,
6. Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk: Premenstrüel distforik bozukluk, minör depresif bozukluk, yineleyen kısa depresif bozukluktur (Savrun, 1999).

1.8.4 Depresyonun Etiyolojisi

İnsanlık tarihi kadar eski olan depresif bozukluğun etiyolojisini açıklamaya yönelik görüşler Hippocrates'a kadar gider. Ancak depresyon etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedenleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının olması ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir (Ünal ve ark., 2002).

Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığı yeterli değildir. Genetik yapının olumsuz çevresel etkenlerle etkileşiminin belirli bir eşiği aşması ve bunun zamanlaması önemlidir. Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yüklülük depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, göç, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar major depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri

sürülmüştür. 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz, bekar ya da boşanmış olmak da risk etkenleridir (Ünal ve ark., 2002).

Depresyonun oluş nedenlerini psikososyal, biyolojik ve genetik etkenler olmak üzere 3 ana başlık altında toplamak mümkündür.

1. Psikososyal Etkenler:

a) Klasik Psikanalitik Görüş: Depresyonla ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud ve Karl Abraham'a aittir. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Kayıp yalnızca sevilen bir kişi değil, sevilen, değer verilen herhangi canlı-cansız bir nesne veya soyut bir kavram için de kullanılır olmuştur. Hatta kayıp gerçek olabileceği gibi gerçek olmayan, kişinin kayıp gibi algıladığı bir durum da olabilir (Ünal ve ark., 2002).

b) Benlik Psikolojisi: Bu görüşe göre; insanlarda güçlü, üstün, güvenli, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleşmesini engelleyen durumlarla karşılaşıldığında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olur (Ünal ve ark., 2002).

c) Diğer Psikodinamik Görüşler: Karen Horney'e göre sevgisini göstermeyen ve itici davranan ebeveynlerce yetiştirilen çocuklar güvensiz ve yalnızlık duygularına eğilimlidir. Bu tip çocuklar daha sonraki yaşamlarında eleştiri ve reddedilmelere karşı daha kolay çaresizlik duygusuna kapılıp depresyona girebilirler (Yemez ve Köksal, 1998).

d) Davranışsal-Bilişsel Görüşler: Beck'in Bilişsel Kuramı'na göre depresyonda temel patoloji bilişsel alandadır. Yani bireyin çevresi ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında yanlılıklar, çarpıklıklar, yanlışlıklar mevcuttur. Bu kalıplaşmış düşünce şemaları kişide karamsarlık, çaresizlik duyguları uyandırır. Bu görüşe göre depresyon gelişimi dört farklı modelle açıklanmaktadır. Bunlar:

a) Öğrenilmiş Çaresizlik: Sürekli başedemedikleri yaşam olayları ile karşılaşan insanlarda da çaresizlik duygularının eşlik ettiği bir depresyon gelişir.

b) Pekiştirme Modeli: Bir davranışçı bilişsel görüşe göre depresyon, uygun ödüllendirilmelerin olmayışı veya uygunsuz tepkilerle karşılaşma ile bağlantılı olarak süregenleşmektedir.

c) Yaşam Olayları ve Çevresel Stres Etkenleri: Otoritelere göre yeterli şiddette bir stres beyinde yapısal ve işlevsel uzun süreli hatta kalıcı değişiklikler oluşturabilir. Bu değişiklikler kişiyi yeni ataklara karşı daha duyarlı kılar.

d) Premorbid Kişilik Etkenleri: Bu konuda çok araştırma yapıldığı halde depresyona predispozisyon oluşturan bir kişilik tipi veya kişilik özelliği saptanmamıştır. Yine de bağımlı, obsesif ve histriyonik kişiliklerin depresyona yatkınlık oluşturduğu belirtilmektedir (Yemez ve Köksal, 1998).

2. Biyolojik Etkenler:

Biyojenik aminler (norepinefrin ve serotonin, dopamin, asetilkolin gibi nörokimyasal etkenler), nöroendokrin değişiklikler, hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseni, büyüme hormonu, biyoritm, immün sistem depresyona yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir (Yemez ve Köksal, 1998).

3. Genetik Etkenler:

Yapılan araştırmalar, mizaç bozukluklarında kalıtımın önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalar:

a) Aile Çalışmaları: Major depresyonu olanların birinci derece akrabalarında major

depresyon görülme riski normal populasyona göre 2-3 kez fazladır. Bu oran akrabalık derecesi yakınlaştıkça artmaktadır (Yemez ve Köksal, 1998).

b) Evlatlık Çalışmaları: Bu alandaki çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal populasyona göre daha fazla bulunmuştur (Yemez ve Köksal, 1998).

c) İkiz Çalışmaları: Monozigot ikizlerde major depresyona ilişkin eş hastalanma riski %50 civarında iken; dizigot ikizlerde bu oran %10-25 civarındadır. Bu fark depresyonda kalıtımın rolü olduğunu destekleyen güçlü bir bulgudur (Yemez ve Köksal, 1998).

Depresyona neden olan faktörler genel olarak; olumsuz yaşam olayları ile karşılaşma, kötü ve aşağılayıcı muameleye maruz kalmak, büyük üzüntülere neden olabilecek kayıplar ve yas, iş yaşamı sorunları, partner, evlilik, aile sorunları, hamilelik ve lohusalık süreci, kalıtsal yatkınlık, fazla alkol kullanımı, depresyona neden olabilecek bazı hastalıklar, doğum ve hamilelik süreci, menapoz-andrapoz dönemi, mevsim değişiklikleri, ülke veya şehir değiştirme, yeni yaşam koşulları olarak sıralayabiliriz (Küey, 2008).

1.8.5 Depresyon İle İlgili Özellikler

1.8.5.1 Yaygınlığı

Depresif bozuklukların prevalansını belirlemek, farklı araştırmacılar farklı teşhis kriterleri kullandığı için zordur. ABD'de yapılan çalışmaların çoğu depresyon sendromunu değil, herhangi bir durumda ortaya çıkan depresif semptomları dikkate almıştır. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar daha spesifik olmaktadır (Ünsal ve ark., 2008).

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in (1993) tespit ettiği sonuçlara göre; toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20 nokta prevalans hızına sahiptir. Kronik fizik hastalığı olanlarda sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8,8). Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (Ünsal ve ark., 2008). Dünyada eş şiddetine uğrayan kadınların yaygın olarak ruhsal sağlık problemleri yaşadığı DSÖ'nün çoklu ülke çalışmasında da gösterilmiştir (WHO, 2005).

Ülkemizde; kadına yönelik şiddet konusunda 2000 yılında yapılan ve Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan bir araştırmaya göre; yetişme ortamında şiddete maruz kalan kadınlarda; depresyon, TSSB, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışların sık görülüğü bildirilmiştir. Özellikle küçük yaşta evlenen ve bu dönemlerde şiddete maruz kalan kadınlarda daha belirgin olmak üzere; somatizasyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, konversiyon bozukluğu gibi yeterli tıbbi açıklamanın getirilemediği fiziksel belirtilerle kendini gösteren ruhsal bozukluklar, psikosomatik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları gibi karmaşık ruhsal durumların ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Şiddete maruz kalan kadınlarda; depresif bozukluklar (major depresyon, distimik bozukluk) %52, anksiyete bozukluğu %7, depresyon+anksiyete bozukluğu %15, psikotik bozukluk %1, alkol ve madde bağımlılığına ilişkin bozukluklar %1, somatoform bozukluklar %4, bipolar bozukluk %3, uyum bozukluğu %2 olarak saptanmıştır (Vahip ve Doğanavşargil, 2006).

1.8.5.2 Cinsiyet

Bazı ruhsal bozuklukların kadınlarda, erkeklerden daha yüksek sıklıkta görüldüğü ve psikiyatri polikliniklerine daha çok başvurdukları bilinmektedir. Toplumun kadına verdiği değer, aile içi aşırı sorumluluk, edilgenlik gibi özellikler sadece bozukluk

düzeyinde değil, belirti düzeyinde de görülmektedir. Bu açıdan kadınların ruhsal bozukluklar ve belirtiler yönünden bir risk grubu oluşturabileceği düşünülmektedir (Ünsal ve ark., 2008).

Davranışçı ve feminist teorilere göre, kadınların ruhsal durumu erkeklere göre olaylardan daha fazla etkilenebilir özelliktedir. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres, kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır (Ünsal ve ark., 2008).

Depresyonun davranışsal ve kognitif teorilerine göre, çevreleri ve olaylar üzerindeki kronik kontrol eksikliği kadında, kendisinden ve çevresinden olan beklentide artışa yol açmaktadır. Bu durum daha sonra düşük motivasyon, kendine güven kaybı, çevreyi kontrol edememe, öğrenilmiş çaresizlik, kendi kendine yardım edememe gibi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Ünsal ve ark., 2008).

Kadınlarda depresyon üzerine yapılan araştırmalarda odaklanan diğer konular ergenlik dönemi ve üreme ile ilgili olaylardır. Sorumluluklar ve beklentiler dramatik olarak değişmeye başladığı zaman, kadınlarda depresyon insidansı ergenlik döneminde yüksek düzeyde görülmeye başlamaktadır. Ergenin bu dönemde yaşadıkları, kişilik kazanma, cinsiyetin ön plana çıkması, ilk defa aileden ayrılma ve tek başına karar verme, diğer fiziksel, entellektüel ve hormonal değişikliklerdir. Kadınların üreme ile ilgili olayları, menstruel siklus, hamilelik, hamilelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama ve menopoz dönemidir. Bu olaylar bazı kadınların duygu durumlarında dalgalanmalara yol açmaktadır (Ünsal ve ark., 2008).

Sonuç olarak; dünyanın neresinde yapılırsa yapılsın, bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (Savrun, 1999).

1.8.5.3 Yaş

Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (Savrun, 1999).

1.8.5.4 Evlilik Durumu

Kişiler arası ilişkiler depresyonun ortaya çıkmasında veya tetiklenmesinde önemli bir role sahiptir. Keza depresyon da kişiler arası ilişkileri bozabilir. Depresyon en çok boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülür. Depresyonun mu boşanmaya sebep olduğu yoksa yalnız yaşamanın mı depresyonu ortaya çıkardığı tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler. Fakat bir başka araştırma yalnız erkeklerin ve evli kadınların en büyük risk grubunu oluşturduğunu ileri sürmüştür. Evlilik içi ilişkilerde gelişen evlilik sorunları da depresyon oluşumunda etkilidir. Özellikle erkeğin kadın üzerindeki baskısı, kendini üstün görüp kadına şiddet uygulaması kadınlarda depresyon oluşumunda etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Savrun, 1999).

1.8.5.5 Sosyoekonomik Durum

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (Savrun, 1999).

1.8.5.6 Sosyal Çevre

Sosyal çevreye ait faktörler hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklara ait epidemiyolojik araştırmalarda önem kazanmıştır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır. Depresyonun sık görüldüğü bir başka durum da işsizliktir. İşsizlerde depresyonun işli olanlara göre üç kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Burada işin anlamı ekonomik olmaktan ziyade kişinin bir işe yaradığı duygusunu hissetmesidir (Savrun, 1999).

1.8.5.7 Depresyonun Değişen Yüzü

Depresif bozukluk görülme oranı yıllar geçtikçe artmaktadır. Özellikle 1940 yılından sonra doğanlarda bu artış belirgindir. Özellikle gençlerde depresyon görülme sıklığı artmıştır. Depresyondaki artış cinsler arasındaki farkı kaldırmamıştır. Hala kadınlarda depresyon erkeklere göre iki-üç kat daha fazla görülmektedir. Ailesinde depresyon hikayesi olan bireylerin depresyona yakalanma ihtimali normal populasyona göre iki-üç kez fazladır (Savrun, 1999). Ayrıca; kadınlarda depresyonun şiddeti ile sosyo-demografik özellikler ve psikososyal stres faktörleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada ise, ''daha önce depresyon geçirmiş olma'' ve ''son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşamış olma'' ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu kadınlarda depresyonunun şiddeti anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (Ünsal ve ark., 2008).

1.8.5.8 Sonuçlar

Depresyon sanılanın aksine yıkımla seyreden bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen depresyon kişiye direkt ya da indirekt zararlar vermektedir. Depresyon alkol ve madde kullanmaya eğilimi arttırmaktadır. Depresyona bağlı intiharlar ölüm sebepleri

arasında üst sıralara tırmanmaktadır. Depresyon birçok medikal hastalığın oluşumuna katkıda bulunmakta ya da mevcut bir hastalığı kötüleştirmektedir. Depresyonun kendisi de insanlar arası ilişkileri bozduğu için bir kısır döngü meydana gelmekte, durum daha da kötüye gitmektedir. Bir başka sorun kişilerin ve toplumun hastalığa bakış açısında yatmaktadır. Depresyon bir hastalık olarak görülmemekte, bir kişilik vasfı olarak kabul edilmektedir. Toplumun bu hastalığa bakışı da depresyonun tedavi edilmeyerek kronik bir hal almasına sebep olmaktadır (Savrun, 1999).

1.9 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Sağlık Çalışanları, Toplum ve Türk Hukuk Sisteminin Yaklaşımı

1.9.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı

Kadına yönelik şiddet; dünyada ekonomik ve kültürel bakımdan çok farklı yapıda olan toplumların her katmanında yaygın olarak görülmektedir. Bu farklılıklar kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve bu tür şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır. Sağlık çalışanlarını kadına yönelik şiddet ile ilgilenmekten alıkoyan nedenlerin araştırıldığı çalışmalarda birkaç konuya dikkat çekilmektedir. Önyargıların çoğu kadına yönelik şiddetin kabul edilebilir, geçerli nedenleri olan, kadının hak ettiği bazı davranışları içerdiği yaklaşımıdır. Bu yaklaşım ve ön yargılar; kadına yönelik şiddetin özel yaşamı ilgilendiren bir problem olduğu, bir sağlık sorunu olmadığı ve eşi tarafından şiddete maruz kalan kadınlar için uğraşmanın umutsuz bir iş olduğu görüşüdür. DSÖ kadın yönelik şiddeti bir sağlık sorunu olarak tanımlamıştır ve bu sorunların çözümünde sağlık çalışanlarının önemli bir rolü olduğu bildirilmiştir (Eryılmaz, 2001; Çiftçi, 2007).

İlk olarak, sağlık hizmeti verenler kadınlara yaşadıkları şiddet hakkında nasıl soru soracaklarını öğrenmelidir. Kadınlarla empati kurabilir ve onlara destek sağlayabilirler. Tıbbi tedavi sağlayabilir, psikolojik danışmanlık yapabilir, yaralanmaları belgelerle tespit edebilir ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirebilirler (Taylı ve ark., 2006). Sağlık personelinin şiddeti ele

almadan önce kendi duygularının farkında olması, bu duygularını kontrol etmesi ve objektif olması gerekmektedir (Tel, 2002). Kadına yönelik şiddetle en fazla acil servislerde, sağlık ocaklarında, kadın doğum poliklinikleri ile kadın sağlığı merkezlerinde karşılaşılmaktadır. Özellikle bu birimlerde çalışan sağlık personelinin şiddete uğramış kadına yaklaşım, şiddeti sorgulamaya yönelik anamnez alma, iletişim ve yönlendirebilecekleri kurum ve kuruluşlar konusunda eğitimli olması gerekmektedir (Taylı ve ark., 2006).

Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda ev içi şiddete yaklaşımda sağlık personelinin yaklaşımları birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları çerçevesinde ele alınmaktadır.

1. Birincil Koruma: Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler öncelikle risk gruplarını belirlemeli, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir (Gömbül, 1998). Özellikle halk sağlığı personelinin holistik yaklaşımla, hem şiddet mağduru bireyi ve şiddete tanık olan bireyi güçlendirmesi hem de saldırgan eşin öfkesini ve öfke nedenlerini ele alması, öfkenin uygun yollarla ifade edilmesini sağlaması gerekir (Tel, 2002).

2. İkincil Koruma: İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmayı amaçlar. Ev içi şiddet için ikincil koruma stratejileri içerisinde; şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki ve şiddet kullanan birey(leri) saptamak, şiddet yönünden bir bulgu saptadığında derhal müdahale etmek, şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını sağlamak, bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmak yer almaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının özellikle halk sağlığı ile acil servis çalışanlarının ev içi şiddeti düşündüren durumları iyi bilmeleri ve saptamaları ev içi şiddetin ele alınmasında büyük önem taşımaktadır (Tel, 2002).

3. Üçüncül Koruma: Bu aşamada, ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi,

problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir. Ayrıca başta hemşireler olmak üzere sağlık personeli aile içi şiddetin rehabilitasyonunda da görev alabilirler (Eryılmaz, 2001; ICN, 2001).

1.9.2 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Toplumun Yaklaşımı ve Medyanın Rolü

Toplum düzeyinde kadına karşı şiddet, cinsiyet rollerinin katı bir şekilde tanımlandığı ve bunun için baskının yapıldığı ve erkekliğin sertlik, erkeklik gururu ya da egemen olma ile bağdaştırıldığı yerlerde daha yaygın biçimde yaşanmaktadır. Erkeğin yasalardan ve toplumun ataerkil geleneklerinden kaynaklanan kadına göre üstün konumu; kadının erkeğe hizmet etmesinin ve erkeğin aile içindeki kararlarda kadından daha fazla söz sahibi olmasının doğal görülmesi de şiddeti besleyen diğer unsurlardır (Demir, 2000; Taşçı, 2003).

Kadına yönelik şiddetin engellenmesine ilişkin tutumun değiştirilebilmesi için, kitle iletişim araçları ile şiddetin çoğu kez toplumsal cinsiyete bağlı olarak ele alınması ve şiddetin benimsenmesi, pekiştirilmesi rolü değiştirilmelidir. Tecavüz kurbanlarının isimleri izinleri olmadan yayınlanmayarak mahremiyetlerine saygı gösterilmeli, kadınlara karşı şiddet olguları sansasyonel hale getirilmemelidir. Cinsiyete dayalı şiddet hakkındaki mesajlar ve mevcut hizmetler hakkındaki duyurular ücretsiz yayınlanmalı, televizyondaki şiddet içeren yayınların sayısı azaltılmalı, kadın ve erkek arasında adalete dayanan ve şiddetin olmadığı ilişkileri vurgulayan, toplumsal sorumluluk ilkesi çerçevesinde yayınlar yapılmalıdır (Taylı ve ark., 2006).

1.9.3 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Hukuk Sisteminin Yaklaşımı

Kadına yönelik şiddet sadece sağlık personelinin üstesinden gelebileceği bir sorun değildir. Bu nedenle kadına yönelik şiddet konusunda yasal düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir.

1.9.3.1 Yasal Gelişmeler

1. Anayasa: Türkiye'de kadın-erkek eşitliği ilkesi, Anayasanın 2001 yılında yapılan 41. ve 66. maddeleri, 2004 yılında yapılan 10. ve 90. maddelerindeki değişikliklerle güçlendirilmiştir.

a) Anayasa'nın 10'uncu maddesine; "Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür." hükmü eklenmiş,
b) 41'inci maddesine; "Aile Türk toplumunun temelidir" ifadesinden sonra gelmek üzere "ve eşler arasında eşitliğe dayanır." hükmü eklenmiş;
c) 66'ıncı maddesinde; Türk vatandaşlığının düzenlenmesi ile ilgili eşitsizlik içeren hüküm maddeden çıkarılmış,
d) 90'ıncı maddesinde; Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ulusal düzenlemeler karşısında üstün konuma getirilmiştir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

2. Yeni Türk Medeni Kanunu: TBMM tarafından kabul edilerek 1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe giren Yeni Türk Medeni Kanunu kadın-erkek eşitliğini gözeten, cinsiyet ayrımcılığına son veren, kadınları aile ve toplum içerisinde erkekler ile eşit kılan, kadın emeğini değerlendiren bir düzenlemedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

3. Aile Mahkemeleri: 2003 yılında kabul edilerek yürürlüğe giren bu kanun ile, aile hukukundan doğan dava ve işlerin aile mahkemeleri tarafından görülmesi ve adli yargıda görevli, eğitimli hakimlerin görevlendirilmesi sağlanmıştır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

4. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun: Kadına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla 17 Ocak 1998 tarihinde yürürlüğe giren şiddet mağdurlarını korumayı amaçlayan tedbirleri içeren 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun'un uygulanmasındaki aksaklıkların giderilmesini teminen KSGM'nin

koordinatörlüğünde hazırlanan ''Değişiklik Tasarısı'' TBMM Genel Kurulunda kabul edilerek 4 Mayıs 2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

5. BM CEDAW İhtiyari Protokolü: Birleşmiş Milletler CEDAW'a ilişkin olarak hazırlanan İhtiyari Protokolü Türkiye tarafından 30 Temmuz 2002 tarihinde onaylanmış, 29 Ocak 2003 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir. İmzalanan İhtiyari Protokol ile taraf devletlerin CEDAW Sözleşmesini ihlal etmeleri durumunda, kişilere ve gruplara CEDAW Komitesine başvuru hakkı tanınmaktadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

6. Yeni İş Kanunu: 10 Haziran 2003 tarihinde yürürlüğe giren 'Yeni İş Kanunu'nun getirdiği en önemli ilerleme işveren işçi ilişkisinde cinsiyet dahil hiçbir nedenle temel insan hakları bakımından ayrım yapılamayacağıdır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

7. Yeni Türk Ceza Kanunu: 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren cinsiyet eşitliği ve kadına karşı şiddet konusunda çağdaş düzenlemelere yer veren kanundaki başlıca yeni düzenlemeler şunlardır:

- "Kadın, kız ayrımı" biçimindeki tanım madde metninden çıkarılmıştır.
- Cinsel suçlar kişilere karşı suçlar başlığı altında cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar olarak değerlendirilmiştir.
- Zorla ırza geçme ve zorla ırza tasaddi kavramları kaldırılarak yerine cinsel saldırı ve çocukların cinsel istismarı kavramları kullanılmıştır.
- Cinsel saldırı suçunun eşe karşı işlenmesi durumunda soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun şikayetine bağlanmıştır.
- Cinsel saldırının vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi bu suçun nitelikli hali olarak tanımlanmıştır.
- Hiyerarşi ve hizmet ilişkisinden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle kişiye karşı cinsel tacizde bulunulması ağır ceza ile cezalandırılmıştır.

- Kaçırılan veya alıkonulan ile sanık veya hükümlülerden biri evlendiği takdirde cezalarında indirim veya erteleme yapılması ya da bu cezaların silinmesinin mümkün olamayacağı hükme bağlanmıştır.
- Töre cinayetleri faillerinin en yüksek ceza ile cezalandırılması kabul edilmiştir.
- Cinsel saldırıya uğrayan kadını namus gerekçesiyle öldüren aile bireyleri ve akrabalar ve diğer akrabaların haksız tahrik indiriminden yararlanamayacağı, her haksız fiilin de haksız tahrik oluşturmayacağı madde gerekçesinde açıklanmıştır.
- "Kadının mağdur olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak, koşuluyla gebeliği sona erdirene ceza verilmez hükmü getirilmiştir.
- Cinsel saldırı suçunun işlenmesi suretiyle mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulmasına neden olunması, daha ağır ceza ile cezalandırılmıştır ve ruh sağlığı kavramı getirilmiştir.
- Kasten yaralama suçu düzenlenmiş ve bu suçun üstsoy veya altsoydan birine ya da eş veya kardeşe karşı işlenmesi suçun nitelikli hali olarak kabul edilmiştir.
- Suçun çocuğa beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı işlenmesi halinde sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunmuştur.
- Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün bakmakla yükümlü olan kişi tarafından yerine getirilmemesi suç olarak tanımlanmıştır.
- Fuhuş suçu düzenlenerek kişilerin ve özellikle çocukların fuhuşa teşviki, sürüklenmesi fiillerinin hangi koşullarda suç oluşturduğu hususunda düzenlemeler yapılmıştır.
- Hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezası getirilmiştir.
- Reşit olmayan kişiyle cinsel ilişkide bulunmak bağımsız bir suç olarak tanımlanmıştır.
- Çocukların cinsel istismarı fiilleri suç olarak tanımlanmıştır.
- İnsanlığa karşı diğer suçlar içerisinde işkence veya insanlık dışı işlemlere veya biyolojik deneylere tabi kılmak, cinsel saldırıda bulunmak, zorla hamile bırakma, zorla fuhuşa sevk etme fiillerini işleyenlere ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası

verilmesi hükme bağlanmıştır.

- Kadın ve çocuk ticareti ile ilgili mücadele için düzenlemeler yapılmıştır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

8. Doğum izinleri: "Devlet Memurları Kanunu ve İş Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" hazırlanmış ve bu tasarıda; memur kadın ve erkek için toplam izin süresi 12 ay, işçi kadın ve erkek için en fazla altışar ay olarak tespit edilmiştir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

9. Diğer Yasal Düzenlemeler:

- Personel alımlarında cinsiyet ayrımcılığı yapılmamasına ilişkin "Personel Temininde Eşitlik İlkesine Uygun Hareket Edilmesi" konulu 2004/7 sayılı Başbakanlık Genelgesi 22 Ocak 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir.
- ''Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik" 14 Temmuz 2004 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- "Kadın İşçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik" 9 Ağustos 2004 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- Kadın erkek eşitliği, kadının insan haklarının korunması ve geliştirilmesi, toplumsal yaşamın her alanında kadının konumunun güçlendirilmesi ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinin devlet politikası haline getirilmesinin açık göstergesi olan 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi ise 4 Temmuz 2006'da yayımlanmıştır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2009).

1.9.3.2 Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Çalışmaları

1. BM Birinci Dünya Kadın Konferansı (Meksika, 1975): 1975 yılında Meksika'nın başkenti Meksiko kentinde sadece kadın sorunlarını konuşmak üzere

dünya devletleri düzeyinde yapılan ilk uluslararası toplantı olan Birinci Dünya Kadın Konferansı'nda ''Dünya Eylem Planı'' kabul edilmiştir. Kadınların toplum içindeki konumlarını, eşitlik/eşitsizliğin ölçüsünü somut olarak saptamak için cinsiyet ayrımlı istatistikler yapılması ve veri bankaları oluşturulması gibi önemli kararlar alınmıştır. Türkiye 1975 konferansında alınan, ulusal mekanizmalar oluşturulması kararına ancak 1991 yılında KSGM'yi kurarak adım atmıştır (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

2. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW): ''Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'' BM tarafından 1979 yılında kabul edilmiştir. Bu konferans sırasında sözleşme 53 devlet tarafından daha imzalanmıştır. Türkiye ise "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesini" 1985'te imzalamıştır (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

3. BM İkinci Dünya Kadın Konferansı (Kopenhag, 1980): 1980 yılında Danimarka'nın başkenti Kopenhag'da toplanan İkinci Dünya Kadın Konferansında, kadının statüsünün iyileştirilmesi konusunda oldukça yavaş ilerlemeler kaydedildiği saptanmıştır. Karşılaşılan engelleri aşmak ve atılan adımları hızlandırmak amacıyla bir Eylem Programı oluşturulmuştur. Bu programda öncelikli sorun olarak aile içi şiddete yer verilmiştir (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

4. BM Üçüncü Dünya Kadın Konferansı (Nairobi, 1985): 15-26 Temmuz 1985 tarihlerinde Nairobi'de ''Kadın İçin Eşitlik, Kalkınma ve Barış, BM Kadın On Yılının Başarılarının Gözden Geçirilmesi ve Değerlendirilmesi'' konusunda Üçüncü Dünya Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda; kurucu ve yasal adımlar, sosyal katılımda eşitlik, siyasi katılım ve karar almada eşitlik konuları karara bağlanmıştır (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

5. BM Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin, 1995): 4-15 Eylül 1995 tarihlerinde ''Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'' isimli iki belge kabul edilmiştir. Türkiye, her iki belgeyi de kabul etmiştir. Pekin Deklarasyonu, hükümetleri kadının güçlenmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesi

ve toplumsal cinsiyet perspektifinin ana politika ve programlara yerleştirilmesi konularında yükümlü kılmaktadır. Eylem Platformu'nda ise; kadına yönelik şiddeti önlemek ve ortadan kaldırmak için bütünsel önlemler almak, kadına yönelik şiddetin nedenleriyle sonuçlarını ve engelleyici önlemlerin etkinliğini incelemek, kadın ticaretini önlemek ve kadın ticaretine bağlı olarak şiddete maruz kalanlara yardımcı olmak gibi stratejik hedefler belirlenmiştir (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

6. Pekin+ 5 BM Genel Kurul Özel Oturumu (New York, 2000): Dördüncü Dünya Kadın Konferansından bu yana meydana gelen gelişmeleri değerlendirmek ve yeni eylem ve girişimleri belirlemek amacıyla BM Genel Kurulu tarafından bir özel oturum yapılması kararlaştırılmıştır. Bu çerçevede, 5–9 Haziran 2000 tarihleri arasında New York'ta "Kadın 2000: 21. Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış" konulu ''Birleşmiş Milletler Genel Kurul Özel Oturumu'' gerçekleştirilmiştir (İçli ve ark., 1995; Çiftçi, 2007).

1.9.3.3 Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Öneriler

Hem resmi örgütler hem de sivil toplum kuruluşları kadınları şiddete uğradıkları takdirde nasıl davranmaları gerektiği hususunda bir takım önerilerde bulunmaktadırlar. Kadın sığınaklarının I. ve II. Kurultaylarında bu öneriler şöyle belirlenmiştir:

1. Evden çıkarken yanınıza kimliğinizi alın,
2. Öncelikle karakola başvurun ve işlem yapılmasını sağlayın,
3. Adli Tıp Hekimi'nden raporunuzu alın,
4. Cumhuriyet Savcılığı'na başvurun ve işleminizi başlatın (Güngör, 2006).

Kadınların bireysel çabalarının dışında sivil toplum örgütleri de bu şekilde zor durumda kalmış kadınlara yardım amacıyla kadın sığınakları kurmuştur. Dünyadaki ilk kadın sığınağı 1974 yılında Londra'nın Chiswick kadın merkezinde kurulmuştur. Sığınaklar, şiddete uğrayan kadınların çocukları ile birlikte güven içinde

kalabilecekleri, özgüvenlerini geliştirebilecekleri, kendi hayatları hakkında karar verip, şiddete dur diyebilecekleri, yeni bir hayata adım atabilecekleri diğer kadınlarla dayanışma içinde olabilecekleri adresleri gizli tutulan evlerdir. Sığınakların uluslar arası ilkeleri ise şunlardır:

- Kadınlar arasında dil, din, milliyet ayrımı yapılmaz.
- Kadın sığınaklarının adresleri gizlidir.
- Sığınaklar kadınların güvenliklerini sağlamak zorundadırlar.
- Sığınaklar kadınları çocukları ile birlikte kabul ederler.
- Sığınaklar hukuksal ve psikolojik destek verirler.
- Sığınaklarda kadın görevliler çalışmalıdır (Güngör, 2006).

Türkiye'nin ilk kadın sığınma evi "Mor Çatı" kadın sığınma vakfıdır. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı 1990'da kurularak şiddete uğrayan kadınlara danışma ve dayanışma hizmetleri vermeye başlamıştır. Mor Çatı bünyesinde görev alan birçok gönüllü kadın ve uzmanları ile birlikte şiddete uğrayan kadınlara psikolojik ve hukuki destek vermiş, onlara rahat iş bulmaları için çeşitli meslek kurslarına katılabilmeleri için rehberlik etmiştir ve faaliyetlerine devam etmektedir (Taylı ve ark., 2006).

1.10 Araştırmanın Amacı

Ülkemizde aile içi şiddetin sonuçlarına ve kadınlar üzerindeki etkilerine yönelik pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda aile içi şiddetin; kadınlar üzerinde fiziksel etkiler yarattığı kadar, pek çok psikolojik etki de oluşturduğu belirlenmiştir. Farklı araştırmalarda bu psikolojik etkiler; depresyon, anksiyete bozuklukları, TSSB olarak ortaya konmuştur.

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan doğurgan çağdaki kadınlar üzerinde yapılan bu araştırmanın amaçları:

1. Kadınların; aile içi şiddete maruziyet oranını saptamak, maruz kaldıkları şiddet türlerinin dağılımını belirlemek, şiddete karşı tutumlarını belirlemek,
2. Şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınlarda Beck Depresyon Ölçeği aracılığıyla depresyon öğe yükü ve durumunu karşılaştırmak,
3. Şiddete maruz kalan kadınlarda depresif öğe yükünü ve durumunu etkileyen diğer sosyo-demografik faktörleri incelemektir.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 15-49 yaş arasında şiddet gören ve görmeyen kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon öğe yükünün karşılaştırılması amacıyla aralık 2008-mayıs 2010 tarihleri arasında yürütülmüş olan kesitsel ve topluma dayalı bir çalışmadır.

2.1.1 Araştırma Grubunun Seçim Kriteri

- Örnekleme giren grupta, daha önce başka bir nedenle depresyon tanı ve tedavisi alan ve postpartum depresyonu olan 5 kadın araştırma dışında bırakılmıştır.

2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılmıştır. 2009 yılı ilçe nüfusu 77.501 olup bunun 66.013'ü ilçe merkezinde, 11.488'i ilçeye bağlı köylerde yaşamaktadır.

2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 1304'dür. Kadına yönelik şiddet prevalensi %50 olarak alındığında örneklem hacmi minimum 296 kadın olarak belirlenmiştir. 15-49 yaş grubu kadınlardan basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 300 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada başka bir nedenle depresyon tanı ve tedavisi alan ve postpartum depresyonu olan 5 kadın araştırma dışında bırakılmış, yedeklerden 5 kişi

alınarak örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Örnekleme giren tüm bireylere araştırma anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın amacı anlatılarak görüşmeyi kabul ettikten sonra araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

2.4 Araştırmanın Hipotezleri

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan doğurgan çağdaki kadınlarda;

1. Aile içi şiddete maruziyet oranı fazladır.
2. Kadınlar fiziksel şiddete, duygusal ve cinsel şiddetten daha fazla maruz kalmaktadır.
3. Kadınlar en çok eşlerinden şiddet görmektedir.
4. Kadınlar şiddete maruz kaldığında şiddete boyun eğici davranış göstermektedir.
5. Bazı sosyo-demografik faktörler depresif öğe yükünü etkilemektedir.
6. Şiddete maruz kalan kadınlarda depresif öğe yükü ve durumu şiddete maruz kalmayan kadınlardan fazladır.
7. Depresif öğe yükü ve durumunu etkileyen belirleyici etmen şiddete maruziyettir.

2.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın amacına yönelik bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda sunulmuştur.

Şöyleki;

a) Bağımlı Değişken:

- Beck Depresyon Skoru (Depresyon Öğe Yükü)

b) Bağımsız Değişkenler:

- Kadının şiddete maruziyeti
- Yaş
- Kadınların öğrenim durumu
- Medeni durum
- Kadınların mesleki durumu
- Kadınların çalışma durumu
- Sosyal güvence durumu
- Aile tipi
- Aylık gelir
- Ailede yaşayan kişi sayısı
- Yaşanılan konut tipi
- Ankara'da yaşama süresi
- Önceki ikamet yeri
- Eşin öğrenim durumu
- Eşin mesleki durumu
- Eşin çalışma durumu
- Evlilik süresi
- Evlilik şekli
- Evlilik sayısı
- Çocuk varlığı.

2.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki form kullanılmıştır. Bunlar:

1. Araştırmacı tarafından kadınlar ile ilgili sosyo-demografik ve kültürel özellikleri, şiddete maruziyet oranını ve şiddet ile ilgili durumları belirlemek üzere oluşturulmuş anket formu,

2. Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği'dir.

2.6.1 Anket Formu

Araştırmacı tarafından kaynaklar doğrultusunda oluşturulan bu form kadınların sosyo-demografik ve kültürel özelliklerini belirlemek üzere oluşturulmuş 29 soruluk formdur. Kadınların yaşı, öğrenim durumu, meslek ve çalışma durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, ailesinin gelir düzeyi, ailesinde yaşayan kişi sayısı, konut tipi, Ankara'da yaşama süresi, daha önceki ikamet yeri, medeni durumu, eşinin öğrenim durumu, meslek ve çalışma durumu, evlilik süresi, biçimi, sırası ve çocuk sayısı ile ilgili bilgiler bu form aracılığıyla elde edilmiştir. Ailesinin aylık geliri asgari ücret olanların aylık geliri 2009 yılı için yaklaşık 480 YTL'dir. Serbest meslek sahibi olan erkeklerin içine seyyar satıcı olan, bahçe ekimi ile uğraşan, ayakkabı boyacılığı yapan, otoparkçılık ile uğraşan erkekler girmektedir. Ayrıca anket formunda bulunan şiddet türü ile ilgili sorularda, araştırma grubunda yer alan kadınlara önce şiddet türlerinin alt başlıklarından yola çıkılarak şıklar söylenmiş, daha sonra alınan yanıt doğrultusunda şiddetin türünün fiziksel, duygusal (psikolojik) ve cinsel şiddet olup olmadığı belirlenmiştir. Fiziksel, duygusal (psikolojik) ve cinsel şiddet türleri belirlenirken DSÖ'nün 2005 yılında 10 ülkenin 15 farklı bölgesinde 24.000 kadın üzerinde kadın sağlığı ve kadına yönelik aile içi şiddet konusundaki yürütmüş olduğu çoklu ülke araştırmasında yer alan fiziksel, duygusal (Psikolojik-sözel) ve cinsel şiddet türleri dikkate alınmış ve birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

2.6.2 Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerden oluşan, depresif belirtilerin düzey ve şiddet değişimini ölçmek, depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından orjinali 1961'de, ikincisi 1978'de geliştirilen 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir.

BDÖ, araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon tanısı koymak depresyon belirtilerinin derecesini kapsamlı bir biçimde değerlendirmektir. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kullanılabilir. Ölçeğin kullanımı için özel eğitim gerekmez. Ölçek uygulanan kişiden uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçmesi istenir. Ölçek 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralanarak dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. "0" numaralı cümle, o maddede belirtilen depresif belirtilerin olmadığını gösterecek şekilde, diğer numaralarla başlayan cümleler ise o belirtinin gittikçe daha yoğun yaşandığını gösterecek şekilde yazılmıştır. Her madde 0-3 arasında puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir ve 0-63 arasında değişir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kişinin depresyon duygularını yaşama düzeyinin de doğru orantılı olarak yükseldiği belirlenmiştir. Zaman sınırlaması yoktur. Yaklaşık 5-10 dakikada yanıtlanabilir.

Ölçek 21 belirti kategorisini içerir. Bunlar; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk ve bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır (Beck ve ark., 1961; Beck ve ark.,1978).

2.6.2.1 Ölçeği Çeviren(ler)

Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin (Erkal) tarafından "Beck Depresyon Ölçeği" adı ile yapılan uyarlama çalışmasıdır (Tegin, 1980). Diğeri Nesrin Hisli Şahin'in çalışmasıdır. Bu çalışmada Hisli tarafından BDÖ'nün uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır (Hisli, 1988).

2.6.2.2 Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliği

Depresyon ölçeğinin Türkçe formunun Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

Tegin (1980) 40 üniversite öğrencisi ve 30 depresif hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada BDÖ'nün Türk diline uyarlamasını yapmış ve her iki grup için ölçeğin güvenirliğini belirlemiştir. Güvenirlik katsayısı test tekrar test yöntemiyle öğrenciler için α= 0.65 bulunmuştur. İki-yarım test yöntemiyle güvenirlik katsayısı, öğrenciler için α= 0.78, depresif hastalar için ise α= 0.61 olduğunu saptamıştır (Tegin, 1980). Hisli, ölçeğin 259 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında güvenirlik katsayılarını madde analizi yöntemi ile α= 0.80, yarıya bölme yöntemi ile de α= 0.74 olarak bulmuştur. (Hisli, 1989).

Test-tekrar test güvenirliği: Miller ve Seligman üç aylık ara ile güvenirlik katsayısını 0.74 olarak bulmuştur (Hisli 1989).

İki yarım test güvenirliği: Beck'in çalışmasında güvenirlik katsayısı 0.86'dır (Hisli, 1989).

Hisli (1988), Beck Depresyon Ölçeğinin Türk poliklinik hastaları üzerinde geçerlik çalışmasını yapmıştır. % 14'ü nevroz, % 37'si depresyon, % 17'si psikoz ve % 5'i de uyum bozukluğu tanısı almış 63 psikiyatri poliklinik hastasına Beck Depresyon Ölçeği ile daha önce Savaşır tarafından Türkiye için standardizasyon çalışması yapılmış olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon Alt Testi (MMPI-D) kişilik envanterinin Depresyon alt ölçeğini birlikte uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda Beck Depresyon Ölçeği ve MMPI-D alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı r= 0.63 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlikte ''Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'' kriter olarak kullanıldığında, korelasyon katsayısı r= 0.75 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989).

Hisli'nin (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında BDÖ kesme noktasının 17 olduğu, 17 ve üstünde alınan puanların tedavi gerektirebilecek düzeydeki depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli, 1988).

Bu çalışmada örnekleme giren kişilere ölçek uygulanarak, bu çalışma için Beck Depresyon Ölçeğinin ileri derece geçerlilik güvenirlik analizi yapılmış, çalışmada yer alan tüm kadınların Cronbach alfa değerine bakılarak (α=0,80) olarak bulunmuş ve bu grup için güvenilir olduğu belirlenmiştir.

2.6.2.3 Ölçeğin Değerlendirilmesi

Hisli'nin (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasına dayanılarak; kişideki depresyon durumu için 17 puan kesme noktası olarak belirlenmiş,

- BDÖ $\leq$ 17 puan: Depresyon yok
- BDÖ > 17 puan: Depresyon var olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca, ölçekten alınan puan arttıkça bireyin depresif öğe yükü artmaktadır.

2.7 Araştırmanın Etiği

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilerek araştırmanın ilk aşamasından itibaren katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri söylenerek otonomi ilkesine bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla görüşmelerin gizliliği sağlayacak şekilde yapılmasına özen gösterilmiştir.

2.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veriler anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Anket formu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Araştırmacı tarafından uygulanan anket formunun ve Beck Depresyon Ölçeğinin doldurma süresi her bir kişi için 10-15 dakikadır.

2.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan tüm veriler, bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak bilgisayarda SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Tabloların istatistik analizinde; kadınların sosyo-demografik ve kültürel özelliklerine ilişkin sayı ve yüzde dağılımları, şiddet görme durumu ile depresif belirti puan ortalaması (depresif öğe yükü) arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Ki-kare, Student-t testi, çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney-u testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.10 Araştırmanın Süresi

Araştırmanı planlanmasına Ağustos 2008'de başlanmıştır. Aralık 2008 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı'nın bağlı bulunduğu Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'ndan sözel ve yazılı izin, ayrıca 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde saha taraması yapılmak üzere Ankara İli Gölbaşı İlçesi Valiliği ve Kaymakamlığı'ndan sözel ve yazılı onay alındıktan sonra Nisan 2009 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında

veriler toplanmış, daha sonra bilgisayara girilmiş ve analiz edilmiştir. Tez yazımı 2010 yılı Ağustos ayında tamamlanmıştır.

2.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacı tarafından tüm kadınlara anket formu ve BDÖ uygulanmış ancak son bir yıl içerisinde şiddet gören kadınların şiddet türlerinden cinsel şiddet ile ilgili yanıt vermekte güçlük çektiği saptanmıştır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına seçilen örneklem çerçevesinde hedeflenen 300 kadın girmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında incelenecektir.

3.1 İlk bölümde araştırma kapsamına giren 15-49 yaş dilimindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri,

3.2 İkinci bölümde araştırma kapsamına giren doğurgan çağdaki kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu, şiddetin tiplerine göre ayrımı, şiddete karşı kadınların tutumları,

3.3 Üçüncü bölümde araştırma kapsamına giren 15-49 yaş dilimindeki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ depresif öğe yükü ve bu sosyo-demografik özelliklerin şiddete maruz kalma ve kalmama durumuna göre BDÖ depresif öğe yükü üzerine olan etkisi irdelenecektir.

3.1 Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına giren kadınların yaş gruplarına göre dağılımı Çizelge 3.1.1'de görülmektedir. Araştırma kapsamındaki kadınların %18,3'ü 25-29 yaş grubunda yer alırken bunu, %16,3 ile 20-24 ve 35-39 yaş grubu, %15,7 ile 30-34 yaş grubu, %14,3 ile 40-44 yaş grubu ve %4 ile 15-19 yaş grubu kadınlar izlemektedir.

Çizelge 3.1.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	n	%
15-19	12	4,0
20-24	49	16,3
25-29	55	18,3
30-34	47	15,7
35-39	49	16,3
40-44	43	14,3
45-49	45	15,0
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.1.2'de araştırma kapsamına giren kadınların öğrenim durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına giren 15-49 yaş arasındaki kadınların %3,3'ünün okuma-yazma bilmediği, %4,7'sinin okuma-yazma bildiği, %37,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %50,3'ünün ortaokul ve lise mezunu olduğu, %4'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırma grubunun öğrenim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Çizelge 3.1.2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Kadınların Öğrenim Durumu	n	%
Okur-yazar*	14	4,7
İlkokul	113	37,7
Ortaokul	72	24,0
Lise	79	26,3
Üniversite	12	4,0
Okur-yazar değil	10	3,3
Toplam	300	100,0

*Bir öğrenim kurumunu bitirmeden yalnızca okuma-yazma bilenlerden oluşmaktadır.

Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı Çizelge 3.1.3'de görülmektedir. Araştırma kapsamına giren kadınların %28,0'ı çalışıyordu ve çalışan kadınlardan 37'si işçi, 26'sı ev eksenli çalışan, 16'sı devlet memuru, 5'i ise kendine ait işyeri olanlardan oluşmaktaydı. Kadınların %72,0'ı herhangi bir işte çalışmıyordu ve 206'sı ev hanımı, 10'u ise öğrenciydi.

Çizelge 3.1.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Kadınların Mesleki Durumları	n	%
Ev hanımı	206	68,7
Ev eksenli çalışan*	26	8,7
Devlet memuru	16	5,3
İşçi	37	12,3
Kendi işyeri olan	5	1,7
Öğrenci	10	3,3
Toplam	300	100,0

*Evde dikiş, örgü, işleme, takı üretimi gibi el becerisi gerektiren işler yaparak parça başına ücret alanlar bu grupta yer almaktadır.

Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumlarına göre dağılımı Çizelge 3.1.4'de görülmektedir. Araştırma kapsamındaki doğurgan çağdaki kadınlardan %91,3'ü evli % 8,7'si ise bekar idi.

Çizelge 3.1.4. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	n	%
Bekar	26	8,7
Evli	274	91,3
Toplam	300	100,0

Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvencelerine göre dağılımına gelince, Çizelge 3.1.5'de görüldüğü gibi kadınların %14,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı; %82,4'ünün Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bağlı olduğu; % 3,3'ünün ise özel sosyal sigortaya sahip olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.1.5. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Kadınların Sosyal Güvenceleri	n	%
Yok	43	14,3
SGK	247	82,4
Özel sigorta	10	3,3
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.1.6'da görüldüğü gibi çalışma kapsamına alınan doğurgan çağdaki kadınların %81,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu %18,3'ünün ise geniş aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.6. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile Tipine Göre Dağılımı

Aile Tipi	n	%
Çekirdek aile	245	81,7
Geniş aile	55	18,3
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.1.7'de izleneceği gibi; çalışma kapsamında yer alan kadınların ailelerinin %39,7'sinin aylık ortalama gelirinin 1.501-2.000 YTL arasında olduğu; %32,3'ünün aylık ortalama gelirinin 1.000-1.500 YTL arasında olduğu, %10,3'ünün aylık ortalama gelirini bilmediği, %7,0'ının aylık ortalama gelirinin 2.001-2.500 YTL arasında olduğu, %6,3'ünün aylık ortalama gelirinin asgari ücret (480 YTL) olduğu ve %4,3'ünün aylık ortalama gelirinin 2.501 YTL ve üzerinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.1.7. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu	n	%
Asgari ücret (480 YTL)	19	6,3
1.000-1.500 YTL	97	32,3
1.501-2.000 YTL	119	39,7
2.001-2.500 YTL	21	7,0
2.501 YTL ve üzeri	13	4,3
Bilmiyorum	31	10,3
Toplam	300	100,0

Araştırma kapsamına giren kadınların ailesinde yaşayan kişi sayısına göre dağılımı Çizelge 3.1.8'de görülmektedir. Çalışma kapsamındaki kadınların %43,0'ının ailesinde yaşayan kişi sayısı 4 iken, bunu %25,7 ile ailesinde yaşayan kişi sayısı 5, %15,3 ile ailesinde yaşayan kişi sayısı 3, %9,0 ile ailesinde yaşayan kişi sayısı 6 ve 6'dan fazladır. Ailesinde yaşayan kişi sayısı 2 olan kadınların oranı ise %7,0'dır.

Çizelge 3.1.8. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Ailede Yaşayan Kişi Sayısı	n	%
2	21	7,0
3	46	15,3
4	129	43,0
5	77	25,7
6 ve 6'dan fazla	27	9,0
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.1.9'da görüldüğü gibi; çalışma kapsamına alınan 15-49 yaş arasındaki kadınların yaşadığı konut tipine göre dağılımına bakıldığında, kadınların %74,7'si apartmanda %25,3'ü ise gecekonduda yaşamaktadır.

Çizelge 3.1.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Konut Tipine Göre Dağılımı

Konut Tipi	n	%
Gecekondu	76	25,3
Apartman	224	74,7
Toplam	300	100,0

Araştırma kapsamına giren kadınların Ankara'da yaşama süresine göre dağılımı izlendiğinde; (Çizelge 3.1.10); kadınlardan %72,6'sının 20 yıldan uzun süredir, %19,0'ının 9 yıldan az süredir Ankara'da yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.10. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ankara'da Yaşama Süresine Göre Dağılımı

Ankara'da Yaşama Süresi	n	%
0-9 yıl	57	19,0
10-19 yıl	25	8,3
20-29 yıl	84	28,0
30-39 yıl	70	23,3
40-49 yıl	64	21,3
Toplam	300	100,0

Araştırma kapsamına giren ve Ankara'ya başka yerden gelen kadınların önceki ikamet yerlerine göre dağılımı incelendiğinde, (Çizelge 3.1.11) Ankara'ya göç eden 88 kadının %36,4'ünün başka bir ile bağlı köyden, %35,2'sinin başka bir ilden ve %28,4'ünün ise başka bir ile bağlı ilçeden gelerek yerleştiği saptanmıştır.

Çizelge 3.1.11. Araştırma Kapsamına Giren ve Ankara'ya Göç Eden Kadınların Önceki İkamet Yerine Göre Dağılımı

Önceki İkamet Yeri	n	%
Köy	32	36,4
İlçe	25	28,4
İl	31	35,2
Toplam*	88	100,0

*Ankara'ya başka yerden gelmeyen 212 kadın çizelgede yer almamıştır.

Araştırma kapsamına giren ve evli kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre dağılımı Çizelge 3.1.12'de görülmektedir. Evli kadınların eşlerinin %2,2'sinin okuma yazma bilmediği, %2,9'unun okuma-yazma bildiği, %19,7'unun ilkokul, %65,7'sinin ortaokul ve lise, %9,5'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınlar ve eşlerinin öğrenim durumları karşılaştırıldığında erkeklerin öğrenim düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.1.12. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Eşin Öğrenim Durumu	n	%
Okur-yazar*	8	2,9
İlkokul	54	19,7
Ortaokul	83	30,3
Lise	97	35,4
Üniversite	26	9,5
Okur-yazar değil	6	2,2
Toplam**	274	100,0

*Bir öğrenim kurumunu bitirmeden yalnızca okuma-yazma bilenlerden oluşmaktadır.

** Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

Çizelge 3.1.13'de görüldüğü gibi çalışma kapsamına giren evli kadınlardan %97,1'inin eşi gelir getiren bir işte çalışmakta; %2,9'unun eşi herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışan erkeklerin %35,0'ı serbest meslek sahibi, %28,1'i devlet memuru, %24,1'i işçi olup % 12,8'inin ise kendine ait iş yeri bulunmaktadır.

Çizelge 3.1.13. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Eşin Mesleği	n	%
Serbest meslek	96	35,0
Devlet memuru	77	28,1
İşçi	66	24,1
Kendi işyeri olan	35	12,8
Toplam*	274	100,0

*Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

Çizelge 3.1.14'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına giren evli kadınların %22,6'sının evlilik süresi 0-5 yıl, %20,8'inin evlilik süresi 18-23 yıl, %20,4'ünün evlilik süresi 6-11 yıl, % 19,3'ünün evlilik süresi 12-17 yıl, %11,3'ünün evlilik süresi 24-29 yıl ve %5,5'inin evlilik süresi 30 yıl ve üzerindir.

Çizelge 3.1.14. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

Evlilik Süresi	n	%
0-5 yıl	62	22,6
6-11 yıl	56	20,4
12-17 yıl	53	19,3
18-23 yıl	57	20,8
24-29 yıl	31	11,3
30 yıl ve üzeri	15	5,5
Toplam*	274	100,0

*Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

Çalışma kapsamına alınan evli kadınların %63,9'unun evlilik kararlarını ''görücü usulü'' %36,1'inin ise evlilik kararlarını ''anlaşarak'' verdikleri Çizelge 3.1.15'de görülmektedir.

Çizelge 3.1.15. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Şekillerine Göre Dağılımı

Evlilik Şekli	n	%
Görücü usulü	175	63,9
Anlaşarak	99	36,1
Toplam*	274	100,0

*Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

Çizelge 3.1.16'da araştırma kapsamına giren ve evli olan kadınların evlilik sırasına göre dağılımı görülmektedir ve kadınların %97,1'inin ilk evliliği (şu anki) %2,9'unun ise ikinci evliliği (şu anki) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.16. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sırasına Göre Dağılımı

Evlilik Sırası	n	%
1.	266	97,1
2.	8	2,9
Toplam*	274	100,0

*Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

Çizelge 3.1.17'de araştırma kapsamına giren ve evli olan kadınların çocuk sayısına göre dağılımı görülmektedir. Evli kadınlardan %55,5'inin 2, %24,5'inin 3, %11,7'inin 1, %2,2'sinin 4 çocuk sahibi olduğu; %6,2'sinin ise hiç çocuğunun olmadığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1.17. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Çocuk Sayısı	n	%
0	17	6,2
1	32	11,7
2	152	55,5
3	67	24,5
4	6	2,2
Toplam*	274	100,0

*Bekar olan 26 kadın çizelgede yer almamıştır.

3.2 Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Aile İçi Şiddet İle İlgili Verilere Göre Dağılımı

Çizelge 3.2.1'de araştırma kapsamına giren kadınların son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kalma durumları gösterilmektedir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %40'ının (120 kadın) son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığı ve şiddete maruz kalanlardan %78'inin (93 kadın) halen şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Çizelge 3.2.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu

Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu	**n**	**%**
Evet	120	40,0
Hayır	180	60,0
Toplam	300	100,0

Çizelge 3.2.2'de çalışma kapsamına alınan ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları şiddet türleri incelendiğinde, kadınların %9,2'sinin sadece fiziksel şiddete, %41,7'sinin duygusal şiddete, %3,3'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Kadınların %39,2'sinde fiziksel ve duygusal şiddet birlikte, %3,3'ünde fiziksel ve cinsel şiddet birlikte, %2,5'inde duygusal ve cinsel şiddet, %0,8'inde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet birlikte görülmektedir. Şiddet türlerinin %45,8'i birlikte görülmektedir.

Çizelge 3.2.2. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Maruz Kalınan Şiddetin Türü	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Fiziksel şiddet	11	9,2
Duygusal (Psikolojik) şiddet	50	41,7
Cinsel şiddet	4	3,3
Fiziksel- Duygusal (Psikolojik) şiddet	47	39,2
Fiziksel-Cinsel şiddet	4	3,3
Duygusal (Psikolojik)-Cinsel şiddet	3	2,5
Fiziksel- Duygusal (Psikolojik)-Cinsel şiddet	1	0,8
Toplam	120	100,0

Araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları fiziksel, duygusal (psikolojik) ve cinsel şiddet yöntemlerine göre dağılımı Çizelge 3.2.3'de gösterilmektedir. Araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınlara en sık uygulanan fiziksel şiddet yöntemi dövme (%73) ve hırpalama (%21) olup bunu, %5 ile öldürme girişimi ve %2 ile sarsma takip etmektedir. En sık uygulanan duygusal (psikolojik) şiddet yöntemi bağırma (%49) ve hakaret etme (%16) olup bunu, %13 ile aile ve arkadaşlardan uzaklaştırma, %10 ile tehdit etme, %9 ile aşağılama ve %4 ile bilgi ve yardıma ulaşmayı kısıtlama takip etmektedir. En sık uygulanan cinsel şiddet yöntemi ise cinsel yönden aşağılama (%58) ve cinsel organlara zarar verme (%17) olup bunu %8 ile evlilik içi tecavüz, %8 ile evde ve dışarıda cinsel taciz ve %8 ile ensest izlemektedir.

Çizelge 3.2.3. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Maruz Kaldıkları Fiziksel, Duygusal (Psikolojik) ve Cinsel Şiddet Yöntemlerine Göre Dağılımı

Şiddet Yöntemleri		Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
		n	%
Fiziksel şiddet yöntemleri	Sarsma	1	2
	Hırpalama	13	21
	Dövme	46	73
	Hapsetme	0	0
	Silahla yaralama	0	0
	Öldürme girişimi	3	5
	Diğer	0	0
Duygusal (Psikolojik) şiddet yöntemleri	Bağırma	49	49
	Aşağılama	9	9
	Hakaret etme	16	16
	Tehdit etme	10	10
	Aile ve arkadaşlardan uzaklaştırma	13	13
	Bilgi ve yardıma ulaşmayı kısıtlama	4	4
	Diğer	0	0
Cinsel şiddet yöntemleri	Evlilik içi tecavüz	1	8
	Cinsel yönden aşağılama	7	58
	Cinsel organlara zarar verme	2	17
	Evde ve dışarıda cinsel taciz	1	8
	Başka kişilerle farklı şekillerde cinsel ilişkiye zorlama	0	0
	Ensest (Akraba tacizi-tecavüzü)	1	8
	Diğer	0	0

Çizelge 3.2.4'de araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların şiddet gördükleri bireylere göre dağılımı gösterilmektedir. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlardan %72'sinin eşlerinden, %9'unun akrabalarından, %6'sının anne-babasından, %4'ünün çocuğundan, %9'unun ise diğer kişilerden; (3 kadın) eşlerinin annesi-babası, (2 kadın) erkek kardeşi ve (6 kadın) eski eşlerinden şiddet gördüğünü ifade ettiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.2.4. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Gördükleri Bireylere Göre Dağılımı

Şiddet Uygulayan Birey	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Eş	86	72
Kendi anne-babası	7	6
Akraba	11	9
Çocuk	5	4
Diğer*	11	9
Toplam	120	100,0

*Diğer kapsamına eşin anne, baba, erkek kardeşi veya eski eş girmektedir.

Çizelge 3.2.5'de araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların gördükleri şiddetin sıklığına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamında yer alan ve son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalan kadınlardan %77,5'i (93 kadın) şiddetin halen devam ettiğini ifade ederken; maruz kaldıkları şiddetin uygulanma sıklığı sorulduğunda ise %10'unun günde birkaç kere, %20'sinin ayda birkaç kere, %23'ünün haftada birkaç kere şiddete maruz kaldığı ya da kalmaya devam ettiği; %47'sinin ise şiddetin uygulanma sıklığı için belirli bir sıklık ifade etmediği, ''2-3 ayda bir, yıl içinde birkaç kere ve belli olmuyor'' şeklinde yanıtlar verdiği görülmüştür.

Çizelge 3.2.5. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddetin Sıklığına Göre Dağılımı

Şiddetin Sıklığı	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Günde birkaç kere	12	10
Haftada birkaç kere	28	23
Ayda birkaç kere	24	20
Diğer 2-3 ayda bir	18	15
Yıl içinde birkaç kere	15	12,5
Belli olmuyor	23	19,5
Toplam	120	100,0

Çizelge 3.2.6'da araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları şiddet sonrasında göstermiş oldukları tepkilere göre dağılımı yer

almaktadır. Son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kalan kadınların yaklaşık yarısının maruz kaldıkları şiddet karşısında herhangi bir şey yapmadığı, %10'unun ailesinin yanına sığındığı; %7,5'inin polise, %4,2'sinin boşanmak için mahkemeye başvurduğu görülmektedir. Kadınlardan %32,5'inin (39 kadın) ise şiddet karşısında Çizelge 3.2.6'da ''diğer'' başlığında yer alan ya içe kapanma ya da ev içinde duygusal tepki verdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.2.6. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Gösterdikleri Tepkilere Göre Dağılımı

Şiddet Sonrası Gösterilen Tepkiler	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Hiçbir şey yapmadım	55	45,8
Polise başvurdum	9	7,5
Boşanmak için mahkemeye başvurdum	5	4,2
Ailemin yanına sığındım	12	10,0
Kadın sığınma evine başvurdum	0	0
Diğer Odama kapanıp ağladım ve bir süre kimseyle görüşmedim	18	15,0
Eşimin isteklerini karşılamadım	10	8,3
Eşimin ailesi ve arkadaşları ile görüşmesini engelleyerek eşimi boşanmakla tehdit ettim	11	9,2
Toplam	120	100,0

Araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları şiddet sonrası yaşadıkları fiziksel sağlık sorunlarına göre dağılımı Çizelge 3.2.7'de gösterilmektedir. Son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kalan kadınların şiddet sonrası yaşadıkları fiziksel sağlık sorunlarına baktığımızda; kadınlardan 56'sının maruz kaldığı şiddet sonrası herhangi bir sorun yaşamadığı, 5'inin kemik kırıkları-organ yaralanmalarının olduğu, 3'ünün düşük yaptığı, 1'inin hafıza kaybı yaşadığı, 1'inin istenmeyen gebeliğinin olduğu, diğer kapsamında ise kadınlardan %22,5'inin ''vücudumda ağrılı morluk, şişlik ve kızarıklıklar oluştu'' şeklinde ifadelerde bulunduğu görülmüştür.

Çizelge 3.2.7. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Yaşadıkları Fiziksel Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Şiddet Sonrası Yaşanılan Fiziksel Sağlık Sorunları	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Herhangi bir sorun yaşamadım	56	46,7
Görme-işitme gibi duyu kayıplarım oldu	2	1,7
Hafıza kaybı yaşadım	1	0,8
Kemik kırıkları-organ yaralanmalarım oldu	5	4,2
Düşük yaptım	3	2,5
İstenmeyen gebeliklerim oldu	1	0,8
Diğer Sürekli halsizlik ve yorgunluk hissettim	11	9,16
Kas ve eklem ağrılarım oldu	3	2,5
Vücudumda ağrılı morluk, şişlik ve kızarıklıklar oluştu	27	22,5
Adet düzensizliklerim oldu	11	9,16
Toplam	120	100,0

Araştırma kapsamına giren ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları şiddet sonrası yaşadıkları ruhsal sağlık sorunlarına göre dağılımı ise Çizelge 3.2.8'de görülmektedir. Araştırma kapsamında yer alan şiddet mağduru kadınların şiddet sonrasında %18,3'ünün herhangi bir ruhsal sağlık sorunu yaşamadığı, %18,3'ünün kendi çocuklarına ve diğer bireylere şiddet uygulama isteğinin olduğu ve şiddet uyguladığı, %13,3'ünün yeme alışkanlıklarının bozulduğu, %10,8'inin sigara ve/veya alkol kullanmaya başladığı, %9,2'sinin sürekli ölüm korkusu yaşadığı, %4,2'sinin cinsel işlevlerinde bozulmalar olduğu, %4,2'sinde daha önce görülmeyen tırnak yeme, saç koparma gibi davranışların olduğu, %2,5'inin intihar girişiminde bulunduğu, %19,2'sinin ise uykusuzluk (17 kadın) ve dikkat eksikliği (6 kadın) yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.2.8. Araştırma Kapsamına Giren ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Şiddet Sonrası Yaşadıkları Ruhsal Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Şiddet Sonrası Yaşanılan Ruhsal Sağlık Sorunları	Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar	
	n	%
Herhangi bir sorun yaşamadım	22	18,3
Sürekli ölüm korkusu yaşadım	11	9,2
Yeme bozukluklarım oldu	16	13,3
Cinsel işlevlerimde bozukluklarım oldu	5	4,2
İntihar girişiminde bulundum	3	2,5
Çocuklarım ve diğer bireylere şiddet uygulama isteğim oldu ve uyguladım	22	18,3
Daha önce görülmeyen tırnak yeme, saç koparma gibi davranışlarım oldu	5	4,2
Sigara ve/veya alkol içmeye başladım	13	10,8
Diğer Uykusuzluk problemi yaşadım	17	14,2
Herhangi bir işe dikkatimi vermekte zorlandım	6	5
Toplam	120	100,0

Aile içi şiddete maruz kalan kadınlardan %17'sinin (20 kadın) maruz kaldıkları şiddet sonrası hastaneye başvurduğu; başvuru sonrası ise % 65'inin evde ilaç tedavisi gördüğü, %20'sinin hastanede ilaç tedavisi gördüğü, %10'unun hastanede ameliyat olduğu, %5'inin hastanede psikolojik tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Çizelge 3.2.9'da görüldüğü gibi, çalışma kapsamındaki kadınlara ''kadın şiddet görmeyi hak eder mi?'' diye sorulduğunda, kadınlardan %93,3'ü (280 kadın) kadınların şiddet görmeyi haketmediğini; %6,7'si (20 kadın) ise kadınların şiddet görmeyi hakettiğini ifade etmiştir.

Çizelge 3.2.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Şiddet Görmeyi Haketme Hakkındaki Görüşleri

Kadınların Şiddet Görmeyi Haketme Hakkındaki Görüşü	n	%
Evet (hakeder)	20	6,7
Hayır (haketmez)	280	93,3
Toplam	300	100,0

Araştırma kapsamına giren doğurgan çağdaki kadınlardan kadının şiddet görmeyi hakettiğini belirtenlerin hangi hallerde şiddeti hakedeceği hakkındaki görüşleri Çizelge 3.2.10'da görülmektedir. Kadınların belirttiği şiddeti haketme nedenleri, çocuklarının bakımını ihmal etmek (1 kadın), eşine ve diğer aile bireylerine karşılık vermek (2 kadın), cinsel ilişkiyi reddetmek (2 kadın), lüzumsuz yere para harcamak (3 kadın) ve diğer kapsamında kadınların şiddeti haketme nedeni olarak eşe ihanet etmek (5 kadın), temizlik ve yemek yapmamak (3 kadın), eşten habersiz aile ve/veya arkadaşların yanına gitmek (4 kadın) gibi nedenler söylenmiştir.

Çizelge 3.2.10. Araştırma Kapsamına Giren ve Şiddeti Hakettiğini Belirten Kadınların Belirttikleri Nedenler

Kadınların Şiddeti Haketme Nedenleri	n	%
Eşime ve diğer aile bireylerine karşılık verdiğimde	2	10
Lüzumsuz yere para harcadığımda	3	15
Çocuklarımın bakımını ihmal ettiğimde	1	5
Cinsel ilişkiyi reddettiğimde	2	10
Diğer Eşe ihanet etmek	5	25
Eşten habersiz aile ve/veya arkadaşların yanına gitmek	4	20
Temizlik ve yemek yapmamak	3	15
Toplam	20	100,0

3.3 Araştırma Kapsamına Giren Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Durumu ve Şiddete Maruziyet ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Durumunun İrdelenmesi

Beck Depresyon Ölçeği gereç ve yöntemde belirtildiği gibi geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir. Ancak çalışmanın örneklemine giren kişilerde ölçek uygulanması sonucunda bu çalışma için Beck Depresyon Ölçeğinin geçerlilik güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa değeri (α=0,80) bulunmuş ve bu grup için güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam ortalama puan 12,79±7,231'dir. Çizelge 3.3.1'de araştırma kapsamına giren aile içi şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınların Beck Depresyon Ölçeğine göre ortalama puanları görülmektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 16,42±7,98; şiddete maruz kalmayan kadınlarda 10,38±5,50'dir. Şiddete maruz kalan kadınların depresyon yükü kalmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Şiddete maruz kalan kadınların Beck Depresyon Ölçeğinden en düşük 3, en yüksek 44 puan; şiddete maruz kalmayan kadınların ise Beck Depresyon Ölçeğinden en düşük 2, en yüksek 36 puan aldığı görülmüştür.

Çizelge 3.3.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların BDÖ Puan Ortalamaları

Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu	n	Ort.	Min.	Max.	Std. Sapma	t	Sd	p
Evet	120	16,42	3	44	7,980	7,755	298	0,000*
Hayır	180	10,38	2	36	5,509			
Toplam	300	12,79	2	44	7,231			

* $p<0,05$

Çizelge 3.3.2'de aile içi şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınların Beck Depresyon Ölçeğine göre 17 puan altında ve 17 puan üstünde alma durumları görülmektedir. Aile içi şiddete maruz kalan kadınların %30,8'i kesme noktası olan 17'nin üzerinde puan alarak olası depresyon tanısı alırken, aile içi şiddete maruz kalmayan kadınların %8,3'ü kesme noktası 17'nin üzerinde puan alarak olası

depresyon tanısı aldığı görülmüştür. Şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyleri ile şiddete maruz kalmayan kadınların depresyon düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05).

Çizelge 3.3.2. Araştırma Kapsamına Giren Aile İçi Şiddete Maruz Kalan ve Kalmayan Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Olası Depresyon Tanısı Alma Durumları

			Olası Depresyon		
			Yok (BDÖ puanı ≤ 17)	Var (BDÖ puanı >17)	Toplam
Son Bir Yılda Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu	Evet	n	83	37	120
		%	69,2	30,8	100,0
	Hayır	n	165	15	180
		%	91,7	8,3	100,0
Toplam		n	248	52	300
		%	82,7	17,3	100,0
Ki kare=25,438 Sd=1 P=0,000*					

* p<0,05

Araştırma kapsamına giren kadınların yaş dilimlerine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.3'te görülmektedir. 30 yaşından büyük kadınların BDÖ toplam puan ortalaması (depresif öğe yükü) 30 yaşından küçük kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Çizelge 3.3.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaş Dilimlerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Yaş	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması							
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	t	Sd	p
<30	116	10,41	6,448	2	35	-4,699	298	0,000
30 ve +	184	14,30	7,308	3	44			

Araştırma kapsamına giren kadınların yaş dilimleri, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.4'de görülmektedir. Çizelge 3.3.3'de görüldüğü gibi 30 yaşından büyük kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları 30 yaşından küçük kadınlara göre daha yüksektir (p<0,05).

Şiddete maruziyet ve yaş birlikte ele alındığında, 30 yaşından genç ve yaşlı olan ve şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddete maruziyet yaştan bağımsız bir şekilde depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.4. Kadınların Yaş Dilimleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Yaş	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
<30	Evet	53	13,96	6,768	3	35	0,000
	Hayır	63	7,41	4,335	2	22	
	Toplam	116	10,41	6,448	2	35	
30 ve +	Evet	67	18,36	8,370	6	44	0,000
	Hayır	117	11,97	5,426	3	36	
	Toplam	184	14,30	7,308	3	44	

Araştırma kapsamına giren kadınların öğrenim durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.5'de görülmektedir. Kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü öğrenim durumu yükseldikçe azalmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.5. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
İlkokul ve daha az	137	15,46	7,626	4	44	55,308	0,000
Ortaokul	72	12,44	6,255	3	35		
Lise+üniv.	91	9,05	5,470	2	27		

Araştırma kapsamına giren kadınların öğrenim durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.6'da

görülmektedir. Çizelge 3.3.5'de görüldüğü gibi kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları öğrenim durumu yükseldikçe azalmaktadır ($p<0,05$). Ancak, şiddete maruziyet ve öğrenim durumu birlikte ele alındığında, ilkokul ve daha az öğrenimlilerde, ortaokul, lise ve daha fazla öğrenimlilerde şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle, şiddete maruziyet öğrenim durumundan bağımsız bir şekilde depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.6. Kadınların Öğrenim Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
İlkokul+ okuryazar+ okuryazar olmayan	Evet	56	19,05	8,729	6	44	0,000
	Hayır	81	12,98	5,586	4	36	
	Toplam	137	15,46	7,626	4	44	
Ortaokul	Evet	33	15,70	6,502	3	35	0,000
	Hayır	39	9,69	4,531	3	21	
	Toplam	72	12,44	6,255	3	35	
Lise+üniv.	Evet	31	12,42	6,142	4	27	0,000
	Hayır	60	7,32	4,176	2	22	
	Toplam	91	9,05	5,470	2	27	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.7'de görülmektedir. Evli kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü bekar kadınlardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.7. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Medeni Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Medeni Durum	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Bekar	26	9,00	5,521	2	27	-2,831	298	0,005
Evli	274	13,15	7,279	2	44			

Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.8'de görülmektedir. Çizelge 3.3.7'de görüldüğü gibi evli kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları bekar olanlara göre yüksektir ($p<0,05$). Medeni durum ile şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde ise, evli ve bekar olan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Başka bir ifadeyle, şiddete maruziyet medeni durumdan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.8. Kadınların Medeni Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Medeni Durum	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Bekar	Evet	11	12,55	6,121	4	27	0,004
	Hayır	15	6,40	3,247	2	14	
	Toplam	26	9,00	5,521	2	27	
Evli	Evet	109	16,81	8,063	3	44	0,000
	Hayır	165	10,74	5,536	2	36	
	Toplam	274	13,15	7,279	2	44	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.9'da görülmektedir. Ev hanımı olan

kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü diğer meslek grubunda yer alan ve öğrenci olanlardan daha yüksektir ve istatistiksel açıdan bu fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.9. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Mesleki Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Mesleki Durum	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
Ev Hanımı	206	14,33	7,512	3	44	18,746	0,000
Ev eksenli çalışan, devlet memuru, işçi, kendi işyeri olan	84	9,93	5,213	2	27		
Öğrenci	10	5,20	2,530	2	10		

Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumları, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.10'da görülmektedir. Çizelge 3.3.9'da görüldüğü gibi ev hanımı olan kadınların BDÖ'ye depresif öğe yükü diğer meslek grubunda yer alan ve öğrenci olanlardan yüksektir ($p<0,05$). Mesleki durum ve şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde; ev hanımı olan, ev eksenli çalışan, devlet memuru-işçi olan ve kendine ait işyeri olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlardan daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$); ancak öğrenci olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlara göre yüksek olmasına rağmen bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.10. Kadınların Mesleki Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Mesleki Durum	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Ev Hanımı	Evet	89	17,45	8,450	3	44	0,000
	Hayır	117	11,96	5,694	3	36	
	Toplam	206	14,33	7,512	3	44	
Ev eksenli çalışan, devlet memuru, işçi, kendi işyeri olan	Evet	29	13,86	5,508	4	27	0,000
	Hayır	55	7,85	3,654	2	17	
	Toplam	84	9,93	5,213	2	27	
Öğrenci	Evet	2	7,50	,707	7	8	0,115
	Hayır	8	4,62	2,504	2	10	
	Toplam	10	5,20	2,530	2	10	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların çalışma durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.11'de görülmektedir. Çalışmayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü çalışan kadınlardan daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.11. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çalışma Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Çalışma Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Çalışıyor	84	9,93	5,213	2	27	-4,409	298	0,000
Çalışmıyor	216	13,91	7,601	2	44			

Araştırma kapsamına giren kadınların çalışma durumları, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.12'de görülmektedir. Çizelge 3.3.11'de görüldüğü gibi çalışmayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü çalışan kadınlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Şiddete maruziyet ve

çalışma durumu birlikte ele alındığında, çalışan ve çalışmayan şiddete maruz kalan kadınlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Burada şiddete maruziyetin kadınların çalışma durumundan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırdığı görülmektedir.

Çizelge 3.3.12. Kadınların Çalışma Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Çalışma Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Çalışıyor	Evet	29	13,86	5,508	4	27	0,000
	Hayır	55	7,85	3,654	2	17	
	Toplam	84	9,93	5,213	2	27	
Çalışmıyor	Evet	91	17,23	8,484	3	44	0,000
	Hayır	125	11,49	5,825	2	36	
	Toplam	216	13,91	7,601	2	44	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvenceye sahip olup olmamalarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.13'de görülmektedir. Sosyal güvencesi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.13. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyal Güvenceye Sahip Olma ve Olmamalarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Sosyal Güvence	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Var	43	16,63	10,240	2	44	3,842	298	0,000
Yok	257	12,15	6,402	2	40			

Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvence durumları, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.14'de görülmektedir. Çizelge 3.3.13'de görüldüğü gibi sosyal güvencesi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü sosyal güvencesi olmayan kadınlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Ancak, sosyal güvence durumu ile şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olan ve olmayan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Başka bir ifadeyle, şiddete maruziyet sosyal güvenceden bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.14. Kadınların Sosyal Güvence Durumları, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Sosyal Güvence	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Var	Evet	29	18,52	10,528	5	44	0,008
	Hayır	14	12,71	8,695	2	36	
	Toplam	43	16,63	10,240	2	44	
Yok	Evet	91	15,75	6,916	3	40	0,000
	Hayır	166	10,18	5,144	2	33	
	Toplam	257	12,15	6,402	2	40	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları aile tipine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.15'de görülmektedir. Geniş ailede yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksektir ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.15. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaşadıkları Aile Tipine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Aile Tipi	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Çekirdek	245	12,24	7,172	2	44	-2,804	298	0,005
Geniş	55	15,24	7,050	3	36			

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları aile tipi, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.16'da görülmektedir. Çizelge 3.3.15'de görüldüğü gibi geniş ailede yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü çekirdek ailede yaşayanlara göre yüksektir ($p<0,05$). Ancak, yaşanılan aile tipi ve şiddete maruziyet birlikte ele alındığında çekirdek ve geniş ailede yaşayan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları şiddet görmeyenlerden yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Başka bir deyişle, şiddete maruziyet yaşanılan aile tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.16. Kadınların Yaşadıkları Aile Tipi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Aile Tipi	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Çekirdek	Evet	93	16,06	8,346	3	44	0,000
	Hayır	152	9,91	5,118	2	33	
	Toplam	245	12,24	7,172	2	44	
Geniş	Evet	27	17,63	6,558	4	35	0,003
	Hayır	28	12,93	6,836	3	36	
	Toplam	55	15,24	7,050	3	36	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların gelir durumuna göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.17'de görülmektedir. Ailenin aylık geliri asgari ücret düzeyinde olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü, ailenin aylık geliri

asgari ücretten daha fazla olan ve aylık gelirini bilmeyen kadınlardan daha yüksektir ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 3.3.17. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailelerinin Gelir Durumuna Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Gelir Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
Asgari ücret	18	14,61	6,344	4	25	0,982	0,376
Asgari ücretten fazla	251	12,81	7,260	2	44		
Bilmiyorum	31	11,61	7,065	3	36		

Araştırma kapsamına giren kadınların aylık gelir durumları, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.18'de görülmektedir. Ailesinin aylık ortalama geliri asgari ücret olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükü, aynı aylık gelire sahip olan şiddet mağduru olmayan kadınlardan daha yüksektir ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Ailesinin aylık ortalama geliri asgari ücretten fazla olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükü şiddet mağduru olmayan kadınlardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Çizelge 3.3.18. Kadınların Ailelerinin Gelir Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Gelir Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Asgari ücret	Evet	11	15,91	5,735	8	24	0,257
	Hayır	7	12,57	7,161	4	25	
	Toplam	18	14,61	6,344	4	25	
Asgari ücretten fazla	Evet	101	16,53	8,318	3	44	0,000
	Hayır	150	10,30	5,124	2	33	
	Toplam	251	12,81	7,260	2	44	
Bilmiyorum	Evet	8	15,62	8,252	5	28	0,030
	Hayır	23	10,22	5,206	3	36	
	Toplam	31	11,61	7,065	3	36	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların ailesinde yaşayan kişi sayısına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.19'da görülmektedir. Ailesinde 5 ve daha fazla sayıda kişi yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün ailesinde daha az sayıda kişi yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.19. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Ailede Yaşayan Kişi Sayısı	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
2-4	196	11,83	7,065	2	42	-3,299	298	0,001
5 ve +	104	14,62	7,224	2	44			

Araştırma kapsamına giren kadınların ailesinde yaşayan kişi sayısı, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.20'de görülmektedir. Çizelge 3.3.19'da ise kadınların ailesinde yaşayan kişi sayısına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamaları yer almaktadır. Ailesinde 5 ve daha fazla kişi

yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ailesinde daha az kişi yaşayan kadınlara göre yüksektir ($p<0,05$). Ancak, ailede yaşayan kişi sayısı ile şiddete maruziyet birlikte ele alındığında ailesinde 5 ve daha az kişi yaşayan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlardan yüksek olduğu ve bulunan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buradan hareketle denilebilir ki ailede yaşayan kişi sayısından bağımsız olarak şiddete maruziyet depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.20. Kadınların Ailesinde Yaşayan Kişi Sayısı, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Ailede Yaşayan Kişi Sayısı	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
2-4	Evet	70	15,71	8,252	3	42	0,000
	Hayır	126	9,67	5,206	2	33	
	Toplam	196	11,83	7,065	2	42	
5 ve +	Evet	50	17,40	7,554	4	44	0,000
	Hayır	54	12,04	5,879	2	36	
	Toplam	104	14,62	7,224	2	44	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konut tipine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.21'de görülmektedir. Gecekonduda yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü apartmanda yaşayanlara göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.21. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Yaşadıkları Konut Tipine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Konut Tipi	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Gecekondu	76	16,29	8,143	4	44	5,076	298	0,000
Apartman	224	11,61	6,499	2	42			

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konut tipi, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.22'de görülmektedir. Çizelge 3.3.21'de görüldüğü gibi kadınların depresif öğe yükü ortalamaları gecekonduda yaşayanlarda daha yüksektir ($p<0,05$). Şiddete maruziyet ve yaşanılan konut tipi birlikte ele alındığında, gecekondu ve apartmanda yaşayan şiddete mağduru kadınların depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddete maruziyet yaşanılan konut tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır. Kadın ister gecekondu ister apartmanda yaşasın depresif öğe yükünü etkileyen şiddete maruz kalmamıştır.

Çizelge 3.3.22. Kadınların Yaşadıkları Konut Tipi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Konut Tipi	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Gecekondu	Evet	54	18,50	8,305	5	44	0,000
	Hayır	22	10,86	4,400	4	20	
	Toplam	76	16,29	8,143	4	44	
Apartman	Evet	66	14,71	7,333	3	42	0,000
	Hayır	158	10,31	5,654	2	36	
	Toplam	224	11,61	6,499	2	42	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların Ankara'da yaşama süresine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.23'de görülmektedir. Ankara'da 10 yıldan daha uzun süredir yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamasının Ankara'da daha az süredir yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüş, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.23. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Ankara'da Yaşama Süresine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Ank.'da Yaşama Süresi	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
<10 yıl	57	11,37	7,745	3	44	-1,658	298	0,098
10 yıl ve +	243	13,13	7,081	2	42			

Araştırma kapsamına giren kadınların Ankara'da yaşama süresi, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.24'de görülmektedir. Çizelge 3.3.23'de görüldüğü gibi kadınların Ankara'da yaşama süresi ile depresif öğe yükü ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak, Ankara'da yaşama süresi ile şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde, Ankara'da 10 yıldan fazla ve daha az yaşayan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükü ortalamasının şiddet mağduru olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ankara'da yaşama süresinden bağımsız olarak şiddete maruziyet depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.24. Kadınların Ankara'da Yaşama Süresi, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Ank.'da Yaşama Süresi	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
<10 yıl	Evet	20	17,05	9,400	5	44	0,006
	Hayır	37	8,30	4,364	3	21	
	Toplam	57	11,37	7,745	3	44	
10 yıl ve +	Evet	100	16,29	7,712	3	42	0,014
	Hayır	143	10,92	5,657	2	36	
	Toplam	243	13,13	7,081	2	42	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların önceki ikamet yerlerine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.25'de görülmektedir. Köyden gelen

kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü diğer yerleşim yerlerinden gelen kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.25. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Önceki İkamet Yerlerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Önceki İkamet Yeri	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
Köy	32	18,53	8,599	3	44	14,217	0,000
İlçe	25	13,88	8,273	3	42		
İl	31	8,84	4,034	3	17		

Araştırma kapsamına giren kadınların önceki ikamet yerleri, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.26'da görülmektedir. Çizelge 3.3.25'de görüldüğü gibi köyden gelen kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü diğer yerleşim yerlerinden gelen kadınlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Önceki ikamet yeri ile şiddet birlikte ele alındığında köyden gelen kadınlardan şiddet görenlerin görmeyenlere göre depresif öğe yükü ortalaması daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Ankara'ya ilçe ve ilden gelen şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalaması şiddet mağduru olmayanlara göre yüksektir ($p<0,05$). Depresif öğe yükü köyden gelenlerde daha fazla olmasına karşın, şiddete maruziyet söz konusu olduğunda il ve ilçeden gelen kadınlarda şiddetin depresyona etkisi belirginleşmektedir.

Çizelge 3.3.26. Kadınların Önceki İkamet Yerleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Önceki İkamet Yeri	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Köy	Evet	25	20,08	8,346	7	44	0,071
	Hayır	7	13,00	7,594	3	23	
	Toplam	32	18,53	8,599	3	44	
İlçe	Evet	12	17,42	9,784	6	42	0,046
	Hayır	13	10,62	5,009	3	19	
	Toplam	25	13,88	8,273	3	42	
İl	Evet	7	12,00	4,082	5	16	0,031
	Hayır	24	7,92	3,599	3	17	
	Toplam	31	8,84	4,034	3	17	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.27'de görülmektedir. Kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü eşin öğrenim durumu yükseldikçe azalmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.27. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Eşin Öğrenim Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
İlkokul ve daha az	67	16,15	7,640	6	40	22,814	0,000
Ortaokul	84	15,20	8,004	3	44		
Lise+üniv.	123	10,12	5,129	2	26		

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin öğrenim durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.28'de görülmektedir. Çizelge 3.3.27'de görüldüğü gibi evli kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları eşlerinin öğrenim durumu yükseldikçe

azalmaktadır (p<0,05). Ancak, şiddete maruziyet ve öğrenim durumu birlikte ele alındığında, eşi ilkokul ve daha az öğrenimlilerde, ortaokul, lise ve daha fazla öğrenimlilerde şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Eşin öğrenim durumu arttıkça kadınların depresif öğe yükü azalmakta ancak şiddete maruziyet eşin öğrenim durumundan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.28. Evli Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Eşin Öğrenim Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
İlkokul+ okur-yazar+ okur-yazar olmayan	Evet	36	18,67	8,131	6	40	0,001
	Hayır	31	13,23	5,903	6	36	
	Toplam	67	16,15	7,640	6	40	
Ortaokul	Evet	37	18,38	9,230	4	44	0,001
	Hayır	47	12,70	5,868	3	33	
	Toplam	84	15,20	8,004	3	44	
Lise+Üniversite	Evet	36	13,33	5,318	3	26	0,000
	Hayır	87	8,79	4,439	2	22	
	Toplam	123	10,12	5,129	2	26	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin mesleki durumlarına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.29'da görülmektedir. Eşin mesleki durumuna göre kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05).

Çizelge 3.3.29. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Eşin Mesleki Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					F	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.		
Serbest meslek	96	14,08	7,125	2	42	2,757	0,065
Devlet memuru + işçi	143	12,18	7,250	3	44		
Kendi işyeri olan	35	14,57	7,453	4	36		

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin mesleki durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.30'da görülmektedir. Eşi serbest meslek sahibi, devlet memuru, işçi olan ve şiddet gören kadınların depresif öğe yükü ortalaması şiddet görmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.30. Evli Kadınların Eşlerinin Mesleki Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Eşin Mesleki Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Serbest meslek	Evet	39	17,23	8,359	6	42	0,001
	Hayır	57	11,93	5,206	2	25	
	Toplam	96	14,08	7,125	2	42	
Devlet memuru+ işçi	Evet	53	16,81	8,232	3	44	0,000
	Hayır	90	9,46	4,897	3	33	
	Toplam	143	12,18	7,250	3	44	
Kendi işyeri olan	Evet	17	15,82	7,152	4	31	0,215
	Hayır	18	13,39	7,739	4	36	
	Toplam	35	14,57	7,453	4	36	

Not: Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre BDÖ

depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.31'de görülmektedir. Eşi çalışan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü eşi çalışmayan kadınlardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çizelge 3.3.31. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Çalışma Durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Çalışıyor	266	13,15	7,358	2	44	0,011	272	0,991
Çalışmıyor	8	13,12	4,086	7	20			

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin çalışma durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.32'de görülmektedir. Çizelge 3.3.31'de görüldüğü gibi evli kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Eşin çalışma durumu ve şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde ise eşi çalışan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamasının şiddet mağduru olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Eşi çalışmayan kadınlarda, şiddete maruziyetin BDÖ'ye göre depresif öğe yükünü istatistiksel olarak etkilemediği görülmektedir (p>0,05).

Çizelge 3.3.32. Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Eşin Çalışma Durumu	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Çalışıyor	Evet	105	16,97	8,140	3	44	0,000
	Hayır	161	10,66	5,550	2	36	
	Toplam	266	13,15	7,358	2	44	
Çalışmıyor	Evet	4	12,50	4,203	7	17	0,886
	Hayır	4	13,75	4,500	10	20	
	Toplam	8	13,12	4,086	7	20	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların evlilik sürelerine göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.33'de görülmektedir. 5 yıldan uzun süreli evliliği olanların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü 5 yıldan kısa süreli evliliği olanlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.33. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Sürelerine Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Süresi	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
<= 5 yıl	62	10,69	6,733	2	35	-3,071	272	0,002
> 5 yıl	212	13,87	7,290	3	44			

Araştırma kapsamına giren evli kadınların evlilik süreleri, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.34'de görülmektedir. Çizelge 3.3.33'de görüldüğü gibi 5 yıldan uzun süreli evliliği olanların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü 5 yıldan kısa süreli evliliği olanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Ancak, şiddete maruziyet ve evlilik süresi birlikte ele alındığında, 5 yıldan uzun ve kısa süredir evli olan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları şiddet mağduru olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilik süresine

göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur. Şiddete maruziyet evlilik süresinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.34. Evli Kadınların Evlilik Süreleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Süresi	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
<= 5 yıl	Evet	27	13,85	7,151	5	35	0,001
	Hayır	35	8,26	5,310	2	22	
	Toplam	62	10,69	6,733	2	35	
> 5 yıl	Evet	82	17,78	8,148	3	44	0,005
	Hayır	130	11,41	5,423	3	36	
	Toplam	212	13,87	7,290	3	44	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların evlilik şekline göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.35'de görülmektedir. Görücü usulü ile evlenen kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü anlaşarak evlenenlere göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.35. Araştırma Kapsamına Giren Evli Kadınların Evlilik Şekline Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Şekli	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Görücü usulü	175	14,35	7,430	2	44	3,716	272	0,000
Anlaşarak	99	11,03	6,514	2	36			

Araştırma kapsamına giren evli kadınların evlilik şekilleri, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.4.36'da görülmektedir. Çizelge 3.3.35'de görüldüğü gibi görücü usulü ile evlenen kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları anlaşarak evlenen kadınlara göre daha

yüksektir (p<0,05). Şiddete maruziyet ve evlilik şekli birlikte ele alındığında, görücü usulü ve anlaşarak evlenen ve şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Evlilik şekline göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur. Şiddete maruziyet evlilik şeklinden bağımsız bir şekilde depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.36. Evli Kadınların Evlilik Şekilleri, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Şekli	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Görücü usulü	Evet	60	19,40	8,577	4	44	0,000
	Hayır	115	11,72	5,079	2	33	
	Toplam	175	14,35	7,430	2	44	
Anlaşarak	Evet	49	13,63	6,095	3	35	0,000
	Hayır	50	8,48	5,922	2	36	
	Toplam	99	11,03	6,514	2	36	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların evlilik sayısına göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.37'de görülmektedir. İkinci evliğini yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalaması ilk evliliğini yaşayanlara göre daha yüksektir ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.3.37. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Evlilik Sayısına Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Sayısı	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
1 (Şu anki)	266	13,01	7,310	2	44	-1,871	272	0,062
2 (Şu anki)	8	17,88	4,121	11	23			

Araştırma kapsamına giren evli kadınların evlilik sırası, şiddete maruziyet ve

BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.39'da görülmektedir. Çizelge 3.3.38'de görüldüğü gibi evlilik sırası ile depresif öğe yükü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (p>0,05). Evlilik sırası ve şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde, ilk evliliğini yaşayan şiddet mağduru kadınların şiddet mağduru olmayanlara göre BDÖ depresif öğe yükünün yüksek olduğu ve istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Çizelge 3.3.38. Evli Kadınların Evlilik Sırası, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Evlilik Sırası	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
1.	Evet	105	16,71	8,176	3	44	0,000
	Hayır	161	10,60	5,495	2	36	
	Toplam	266	13,01	7,310	2	44	
2.	Evet	4	19,25	3,862	15	23	0,343
	Hayır	4	16,50	4,435	11	21	
	Toplam	8	17,88	4,121	11	23	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların çocuk sahibi olup olmama durumuna göre BDÖ depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.39'da görülmektedir. Çocuk sahibi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalaması çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Çizelge 3.3.39. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre BDÖ Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Çocuk Varlığı	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					t	Sd	p
	n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.			
Yok	42	9,90	6,312	2	27	-2,824	298	0,005
Var	258	13,26	7,273	2	44			

Araştırma kapsamına giren kadınların çocuk sahibi olma durumu, şiddete maruziyet ve BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.3.40'da görülmektedir. Çizelge 3.3.39'da görüldüğü gibi çocuk sahibi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Şiddete maruziyet ve çocuk varlığı birlikte ele alındığında, çocuğu olan ve olmayan ve şiddet mağduru kadınlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddete maruziyet çocuk sahibi olma durumundan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Çizelge 3.3.40. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumu, Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumu ve BDÖ'ye Göre Depresif Öğe Yükü Ortalamaları

Çocuk Varlığı	Şiddete maruz kalma durumu	Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü Ortalaması					p
		n	Ort.	Std. Sapma	Min.	Max.	
Yok	Evet	17	12,82	6,405	4	27	0,003
	Hayır	25	7,92	5,530	2	25	
	Toplam	42	9,90	6,312	2	27	
Var	Evet	103	17,01	8,084	3	44	0,000
	Hayır	155	10,77	5,419	2	36	
	Toplam	258	13,26	7,273	2	44	

Not: Mann-Whitney testi uygulanmıştır.

4. TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet temel insan hakları ve özgürlüklerinin ihlali olup, eşit olmayan güç ilişkilerinin sonucu ortaya çıkan toplumsal bir sorun ve önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu toplumsal soruna maruz kalan kadınlar ciddi beden ve ruh sağlığı problemleri yaşamaktadır. Bu etkileri farklı gruplarda ve genel nüfusta araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Çoğunluğu son 30 yılda yapılmış olan çalışmaların sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Bu durumun nedeni, farklı örneklem olması ve problemleri saptamak için kullanılan ölçeklerin farklılığı olabilir. Aile içi şiddete uğrayan kadınlarla ilgili çeşitli ülkelerde yapılan araştırmaların ortak saptaması, şiddete maruz kalan kadınlarda çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıktığıdır. Son 10 yıldır Türkiye'de şiddete maruz kalan kadınlarla genel nüfusta ve klinik başvurularda yaşanan psikolojik sorunlarla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Yapılan araştırmaların büyük bir kısmı da şiddet nedeniyle kadın sığınma evi ya da toplum merkezi gibi yerlere başvuran kadınlar veya diğer sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır. Topluma dayalı araştırmalarda ise araştırma grubuna katılım kriterlerinin belirlenmesinde hem bu çalışma ile hem de kendi aralarında farklılıklar mevcuttur. Diğer çalışmalarla karşılaştırma yapmayı güçleştiren bir diğer faktör de aile içi şiddetin özel olarak da fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddetin tanımlanması ve sorulma biçiminde belli bir standardın bulunmamasıdır. Depresyonun belirlenmesinde diğer çalışmalarda değişik yöntemler ve ölçekler kullanılmıştır.

Bu çalışmada son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kalan ve kalmayan tüm kadınların sosyo-demografik özellikleri, şiddete maruz kalma durumu, şiddete maruz kalan kadınların şiddet ile ilgili verileri ve şiddet mağduru olan ve olmayan kadınların bazı özelliklerine göre olası depresyon durumu incelenmiştir.

Araştırma grubunun %18,3'ü (55 kadın) 25-29 yaş grubunda olup, 15-19 yaş

grubunda bulunan kadın sayısı hariç (12 kadın) diğer yaş dilimlerimde bulunan kadın sayılarında büyük ölçüde eşitlik vardır. Bu durum Türkiye geneline ilişkin TNSA 2008 yılı verileri (25-29 yaş grubu kadın oranı %18,3) ile benzer özellik göstermektedir (TNSA, 2008).

Araştırma grubundaki kadınların %37,7'si (113 kadın) ilkokul, %30,3'ü ise lise ve üzeri mezunudur. TNSA 2008 sonuçlarına göre ise Orta Anadolu'da yaşayan kadınların %54,8'i ilköğretim birinci kademe (ilkokul mezunu) %17,2'si lise ve üzeri mezunudur (TNSA, 2008). Araştırmada kapsamına giren kadınların eğitim düzeyleri Orta Anadolu genelinden daha yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamında yer alan kadınların %8'inin hiç eğitimi yoktur ya da bir öğrenim kurumunu bitirmeden yalnızca okuma-yazma bilenlerden oluşmaktadır. TNSA 2008 Türkiye geneli sonuçlarına göre ise kadınların yüzde 18'inin hiç eğitimi yoktur ya da ilköğretim birinci kademeyi tamamlamamışlardır (TNSA, 2008).

Kadınların %28,0'ı (84 kadın) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışmayanların (216 kadın) ise %68,7'si (206 kadın) ev hanımıdır. Araştırmadaki çalışan kadın oranı TNSA 2008 verilerine göre Orta Anadolu'da çalışan kadın oranından (%20,6) daha yüksek, Türkiye genelinde çalışan kadın oranından ise (%30,7) düşüktür (TNSA, 2008).

Araştırmada yer alan kadınların %91,3'ü (274 kadın) evlidir ve %14,3'ünün sosyal güvencesi yoktur. Türkiye genelinde ise 15-49 yaş grubundaki kadınların %16,1'inin sosyal güvencesi yoktur (TNSA, 2008). Bu bakımdan araştırma grubu Türkiye geneli ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmadaki kadınların %81,7'si (245 kadın) çekirdek aileye sahiptir. Eskişehir'de, Ankara'da, Edirne'de ve İzmir'de yapılan kadınlarla ilgili bölgesel çalışmalarda da katılımcıların çoğunun (sırasıyla %86, %86,7, %83,5, %81,5) çekirdek aileye sahip oldukları görülmektedir ve sonuçlarımız bu çalışmalarla uyumludur (Şahin ve Özyürek, 2008).

Gelir düzeylerine bakıldığında ise %39,7'sinin (119 kadın) aylık ortalama geliri 1.501-2.000 YTL arasında, %32,3'ünün (97 kadın) aylık ortalama geliri 1.000-1.500 YTL arasındadır. Kadınların %43,0'ının (129 kadın) ailesinde yaşayan kişi sayısı 4, %34,7'sinin (104 kadın) ailesinde yaşayan kişi sayısı 5 ve daha fazladır. Türkiye genelinde hanesinde yaşayanların sayısı 4 olanların oranı % 25,1; hanesinde yaşayanların sayısı 5 ve daha fazla olanların oranı ise % 29,1'dir (TNSA, 2008). Kadınların %74,7'si (224 kadın) apartmanda yaşamaktadır, %28,0'ının (84 kadın) Ankara'da yaşama süresi 20-29 yıldır ve Ankara'ya başka yerden gelen kadınlardan (88 kadın) %36,4'ünün (32 kadın) önceki ikamet yeri başka bir ile bağlı köydür.

Evli kadınların (274 kadın) eşlerinin %35,4'ü (97 erkek) lise mezunudur. Evli olan kadınların eşlerinin %97,1'i (266 erkek) gelir getiren bir işte çalışmaktadır ve çalışan erkeklerden %35,0'ı (96 erkek) serbest meslek sahibidir. Evli kadınların %22,6'sının (62 kadın) evlilik süresi 0-5 yıldır. Çalışmada yer alan evli kadınların (274 kadın) %63,9'u (175 kadın) görücü usulü ile evlenmiştir. Bu çalışmadaki kadınların evliliğinin büyük ölçüde ailelerinin kararıyla gerçekleşmiş olması, evlilik kararında geleneksel yaklaşımın ağırlık kazandığını göstermiştir. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü tarafından yapılan "2006 Yılı Aile Yapısı Araştırması"nda evliliğe kimin karar verdiğine ilişkin bulgular incelendiğinde; kadınların % 36,2'si evliliğin, görücü usulü ile ve ailesinin kararı ile yapıldığını kadınların % 27,4'ü evlilik kararının kendi seçimi olduğunu ifade etmiştir (T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi toplumumuzdaki ataerkil örüntüler kadının hayatı ile ilgili en temel kararları almasında etkili olmaktadır.

Bu çalışmada evli kadınların %97,1'inin (266 kadın) birinci evliliği (şu anki), %2,9'unun (8 kadın) ise ikinci evliliğidir ve %55,5'inin (152 kadın) 2 çocuğu vardır. Türkiye genelinde ise 2 çocuğu olan evli kadınların oranı %32,3'dür (TNSA, 2008).

Araştırmada kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve aile içi şiddet ile ilgili verilere göre dağılımına bakıldığında; %40,0'ının (120 kadın) son bir yıl içerisinde

aile içi şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Türkiye genelinde yapılan araştırmada ise her 10 kadından 4'ünün eşinden şiddet gördüğü ortaya çıkmıştır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009). Bu bakımdan araştırma grubu Türkiye geneli ile benzer özellik göstermektedir. Kayseri'de iki sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada ise şiddete maruz kalan kadınların oranı %49,9, İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada %40,4, Sivas'taki bir toplum taramasında %59,7, Bursa'da %58,7, Bolu'da %41,4, Malatya'da %68, Erzurum'da yapılan bölgesel çalışmada %77,3 olarak belirlenmiştir (Naçar ve ark., 2009). Farklılıklar, çalışmanın yapıldığı yerle, katılımcıların şiddeti tanımlama biçimi ile yakından ilişkili olabilir. Diğer yandan, tüm çalışmalarda ortak olan nokta, kadına yönelik aile içi şiddetin yaygın olduğudur.

Bu araştırmada son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalan kadınların %41,7'sinin (50 kadın) duygusal (psikolojik/sözel) şiddete, %39,2'sinin (47 kadın) ise hem fiziksel hem de duygusal (psikolojik) şiddetin ikisine birden maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye genelinde yapılan çalışmada ise son 12 ayda duygusal şiddete maruz kalan kadınların oranının %25 olduğu belirlenmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009). Durmuşoğlu yaptığı çalışmada ise kadına yönelik fiziksel şiddet oranı %79,9'dur ve çalışmada yer alan kadınların %84'ü sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Durmuşoğlu, 1999). Kayseri'de iki sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada ise en yaygın görülen şiddet türünün duygusal psikolojik şiddet (%32,4) olduğu gözlenmektedir. Bu oran, Erzurum ve Malatya'da yapılan toplum taramasında sırasıyla %75,3 ve %55,2 olarak bildirilmiştir (Naçar ve ark., 2009). Çalışma sonuçlarının farklı bulunması bölgesel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, bazı kadınların psikolojik şiddeti şiddet olarak algılayamaması ile de ilgili olabilir. Ancak duygusal (psikolojik) şiddet yine de büyük oranda gizli kalmaktadır. DSÖ tarafından 10 ülkede (Bangladeş, Etiyopya, Japonya, Brezilya, Peru, Namibya, Samoa Ada Grubu, Sırbistan Karadağ, Tayland, Tanzanya) 24 bin kadın ile görüşülerek gerçekleştirilen araştırmaya göre, eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %13-61, duygusal şiddetle karşılaşan kadınların oranı %20-75 ve cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı ise %6-59'dur (WHO, 2005).

Bu çalışmada şiddet mağduru kadınlardan yalnızca 4 tanesi sadece cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir ve cinsel şiddet prevalansının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni, kadınların bunu gizlemeye çalışmaları, kadınların bu konudaki bilgilerinin yetersiz olması ve bu davranışları şiddet olarak düşünmemeleri, karı koca arasında yaşanabilecek cinsel taciz olaylarının, evlilik ve aile yapısı içinde şiddetten sayılmaması ya da bir yabancı ile paylaşılamayacak derecede mahrem bir konu olarak algılanması olabilir. Toplumdan topluma değişmekle birlikte olgularının pek çoğunun yetkili birimlere ulaşmaması nedeniyle bu şiddet tipinin sıklığının tam olarak saptanması mümkün değildir. Türk toplumunda, erkeğin evli olduğu kadınla cinsel ilişkiye girmeye hakkı olduğu düşünülmektedir ve kadının sorumluluğu olarak algılanmaktadır. Türkiye genelinde yapılan çalışmada ise son 12 ayda kadınların %7'si yalnızca cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsel şiddet hakkında konuşmak, fiziksel şiddeti aktarmaktan daha zordur ve özellikle de evlilik içinde yaşanan cinsel şiddet, konuşulması çok uygun görülmeyen bir konudur (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009).

Bu çalışmada şiddet mağduru olanlardan %73'ünün (46 kadın) fiziksel şiddet yöntemlerinden ''dövme'', %49'unun (49 kadın) duygusal şiddet yöntemlerinden ''bağırma'', %58'inin (7 kadın) cinsel şiddet yöntemlerinden ''cinsel yönden aşağılama'' mağduru olduğu belirlenmiştir. Durmuşoğlu'nun yaptığı çalışmada kadınların %62,1'inin eşinden ''dayak'' yediği ve çoğunlukla ''tokat'' ve ''yumruk'' şeklindeki girişimlerin vücutta morluk, kırık, çıkık gibi sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir (Durmuşoğlu, 1999). Ülke genelinde, kadınlara sorulan fiziksel şiddet içeren davranışlar arasında en fazla belirtilen şiddet biçimi ''tokat atma ya da bir şey fırlatma''; cinsel şiddete yönelik davranış biçiminden en fazla belirtilen ''istemediği halde korktuğu için zorla cinsel ilişkiye girmesi''dir. Kadınların görüşme sırasında duygusal şiddet içeren davranışlardan en fazla belirttikleri %37 oranında, eş veya birlikte olunan kişinin ''hakaret veya küfür etmesidir'' (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009).

Araştırmada şiddet mağduru kadınların %72,0'ının (86 kadın) eşinden, %28,0'ının

(34 kadın) kendi anne ve babasından, çocuklarından ve eşlerinin ailesi veya eski eşlerinden şiddet gördüğü saptanmıştır. Türkiye genelinde evlenmiş kadınların hayatındaki en yaygın şiddet, eşlerinden gördükleri şiddettir. Evli ya da bekar, her 5 kadından biri, 15 yaşından sonra ilişkide olduğu kişi dışındakiler (aileleri veya eşlerinin aileleri, akrabaları, okul ve iş yerinden tanıdıkları ve tanımadıkları kişiler) tarafından şiddete maruz kalmıştır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009). Başka bir çalışmada ise kadınların (591 kadın) %64'ünün (378 kadın) eş şiddetine maruz kaldıkları saptanmıştır. Steward ve Robinson tüm dünyada kadınların önemli bir bölümünün eş şiddetine maruz kaldığını belirtmektedir (Kelleci ve ark., 2009). Hyman ve arkadaşları ise kadına şiddet uygulayanlarının %90-95'inin erkekler olduğunu bildirmektedir. T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun verilerinde de kadınlara şiddet uygulayanların %96'den fazlasının erkekler olduğu belirtilmektedir (Güler ve ark., 2005). Çetiner'in aile içi şiddet ile ilgili yaptığı çalışmada şiddet yaşayan kadınların %68,3'ünün aynı zamanda eşi dışında başka kişilerden de şiddet görmekte olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, ataerkil toplumlarda aile içi şiddetin yaygın olduğuna yönelik açıklamalarla uyum içindedir (Çetiner, 2006). Uçar'ın yaptığı araştırmada da kadınlar eşlerinin ailesinden şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde özellikle kırsal kesimde evliliğin ilk yıllarında eşin ailesi ile oturma yaygındır. Ataerkil aile yapısı içinde kadınlar söz sahibi olamamakta ve kadınlar eşlerinin ailelerinden de şiddet görmektedir (Uçar, 2007).

Şiddet mağduru kadınların %77,5'inin (93 kadın) gördüğü şiddetin halen devam ettiği; %47,0'ının (56 kadın) şiddet uygulanma sıklığı için 18 kadının ''2-3 ayda bir'', 15 kadının ''yıl içinde birkaç kere'' ve 23 kadının ''belli olmuyor'' yanıtını verdiği saptanmıştır.

Bu çalışmada şiddet gördüğünü belirten kadınlardan %45,8'inin (55 kadın) maruz kaldığı şiddet sonrası hiçbir şey yapmadığı yani maruz kaldıkları şiddete tepki göstermediği belirlenmiştir. Durmuşoğlu'nun çalışmasında ise kavga sonrası kadınların %42,7'sinin hiçbir şey olmamış gibi davrandığı belirtilmiştir (Durmuşoğlu, 1999). Şiddete maruz kalan kadınların tepki göstermeme nedenleri de

geleneksel değerler doğrultusunda eşe ve aileye karşı gelmemeye dayanan normlar, çaresizlik, gideceği bir yer olmaması olabilir.

Çalışmada şiddet mağduru kadınlardan %32,5'inin (39 kadın) yaşadığı şiddet sonrası ''odama kapanıp ağladım ve bir süre kimseyle görüşmedim, eşimin ailesi ve arkadaşları ile görüşmesini engelleyerek eşimi boşanmakla tehdit ettim, eşimle birkaç gün konuşmadım ve isteklerini karşılamadım'' şeklinde tepkiler verdiği saptanmıştır. Yine çalışmada şiddet gördüğünü söyleyen kadınlardan %10,0'ının (12 kadın) şiddet sonrası ailesinin yanına sığındığı belirlenmiştir. Çalışmada şiddet gören kadınların yasal olarak da suç oluşturan şiddet karşısında yalnızca %7,5'inin (9 kadın) polise başvurmuş olması dikkat çekicidir. Bu durum kadının yaşadığı şiddeti benimsemiş olmasından ya da yaşadığı şiddeti bildirdiği takdirde bu durumun kendi yaşantısı açısından daha kötüye gidebileceğini düşündüğünden kaynaklanmış olabilir. Araştırmada şiddet mağduru kadınlardan hiçbiri yaşadığı şiddet sonrası kadın sığınma evine başvurmamıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların sığınma evlerine başvuruya öncelik vermemelerinin nedeninin; örf ve geleneklere uygun olarak öncelikle aile ve akrabalardan yardım istedikten sonra çözüm bulamadıkları taktirde sığınma evlerine başvuru yapmayı düşünmüş olmaları olabileceği gibi kurumsal (kadın sığınma evi gibi) desteklerin yetersizliği ya da bulunmayışından olabileceği öngörülmüştür. Türkiye genelinde yapılan araştırmada ise şiddet görmüş kadınların büyük çoğunluğunun (%92) yaşadığı şiddet sonrasında bir herhangi kuruma başvurmadığı, %4'ünün polise, %0,7'sinin ise kadın kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009).

Araştırmada yer alan ve son bir yıl içerisinde şiddet gören kadınlardan (120 kadın) %46,7'sinin (56 kadın) yaşadığı şiddet sonrası herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşamadığı, %43,3'ünün (52 kadın) yaşadığı şiddet sonrası fiziksel sağlık sorunu olarak ''sürekli halsizlik ve yorgunluk hissettim'' (11 kadın), ''kas ve eklem ağrılarım oldu'' (3 kadın), ''vücudumda ağrılı morluk, şişlik ve kızarıklıklar oluştu'' (27 kadın), ''adet düzensizliklerim oldu'' (11 kadın) ifadesinde bulunduğu; %18,3'ünün (22 kadın) yaşadığı şiddet sonrası herhangi bir ruhsal sağlık problemi yaşamadığı, %81,7'sinin (98 kadın) şiddet sonrası ruhsal sağlık problemleri yaşadığı;

şiddet mağduru olanlardan %19,2'sinin (23 kadın) şiddet sonrası uykusuzluk problemi, dikkatini toplayamama gibi sorunlar yaşadığı, %18,3'ünün (22 kadın) ise çocuklarına ve diğer bireylere şiddet uygulama isteği olduğu ve uyguladığı yönünde yanıtlar alınmıştır. Uçar'ın yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğu çocuklarına şiddet uyguladıklarını ve herhangi bir şeye sinirlendiklerinde sinirlerini çocuklarından çıkardıklarını belirtmiştir. Ancak kadınların çocuklarına şiddet uygulamaları eşlerinden şiddet görme nedenidir (Uçar, 2007).

Aile içi şiddete maruz kalan kadınlardan %17'sinin (20 kadın) maruz kaldıkları şiddet sonrası hastaneye başvurduğu; başvuru sonrası ise % 65'inin (13 kadın) evde ilaç tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Yaşanan şiddet sonucu hastaneye başvuran kadınların oranı Türkiye genelinde %3,7 olarak belirlenmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009). Ruhsal sorunların artmasına rağmen bunların sorun olarak algılanmayıp sağlık kuruluşlarına başvurulmaması da tedavinin neden az olduğunu açıklamaktadır.

Araştırmada yer alan kadınlardan %6,7'sinin (20 kadın) kadınların şiddet görmeyi hakettiği, kadınların şiddet görmeyi hakettiğini ifade edenlerden de %60,0'ının (12 kadın) şiddet görmek için haklı bir neden olarak eşe ihanet etmeyi (5 kadın), temizlik ve yemek yapmamayı (3 kadın), eşten habersiz aile ve/veya arkadaşların yanına gitmeyi (4 kadın) gösterdikleri saptanmıştır. Kadınlar üzerinde yapılan benzer bir araştırmada; kadınların hakeden kadınlara şiddet uygulanabileceğini, uygulama nedeni olarak da çocuklarını bırakıp gitme, eşlerinin namuslarını koruyamama, hırsızlık yapma, çocuklarına bakmama, evini temizlememe, yemek yapmama ve çok konuşma gibi durumları belirttiği belirlenmiştir (Uçar, 2007). TNSA 2003'de kadınlara belirli durumlarda kocasının karısını dövmeye hakkı olup olmayacağı sorulmuştur. Belirtilen durumlar şunlardır: kadının yemeği yakması, kadının kocasına karşılık vermesi, kadının parayı lüzumsuz yere harcaması, kadının çocukların bakımını ihmal etmesi ve kadının cinsel münasebette bulunmayı reddetmesidir. Kadınların %39'u, belirtilen durumlardan en az bir durumu kocanın karısını dövmesi için haklı bir neden olarak görmektedir (Uçar, 2007). TNSA

2008'de ise bu oran %25'e düşmüştür. Şiddeti haklı bulmak konusunda kadınlar arasında yaşadığı bölgeye göre farklılıklar bulunmaktadır.

Şiddet ülkemizde oldukça yaygın görülmekte ancak doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddetin evde gizli tutulması, şiddete maruz kalan kadının herhangi bir yasal kuruma başvurmaması, aile içinde yaşanan şiddetin gözden kaçmasına ve bu konuda sessiz kalınmasına neden olmaktadır.

4.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Kadına karşı uygulanan şiddet türlerinde kültürel farklılıklar olsa da, farklı ülkelerde yapılan araştırmalar, kadına yönelik şiddetin tipi ve tanımı ne olursa olsun, her ülkede benzer fiziksel ve ruhsal etkiler yarattığını göstermektedir. Bu çalışmalar, şiddete maruz kalan kadınların (ruhsal sorunlar kapsamında) depresyon başta olmak üzere birçok psikolojik rahatsızlık yaşadığını göstermektedir (Köse ve Beşer, 2008).

Çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının araştırmaya katılan kadınlarda 12,79±7,231 olduğu; Özdel ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri (n=504) üzerinde yaptığı çalışma (12.80±7.19) ve Karakaya ve arkadaşlarının Marmara depreminden sonra öğrenci ergenler (n=334) üzerinde yaptığı çalışma (12.75±8.23) ile benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Özdel ve ark., 2002; Karakaya ve ark., 2004).

Çalışmada şiddet gören kadınların BDÖ puanı şiddet görmeyenlere göre daha yüksektir. Kadınların, şiddet görme ve görmemelerine göre BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Şöyleki, araştırmaya katılan kadınlardan şiddete maruz kalan kadınların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 16,42±7,980 iken şiddete maruz kalmayan kadınların 10,38±5,509'dir. Olası depresyon tanısı alma durumuna gelince, şiddete maruz kalan kadınlardan (120 kadın) %30,8'i 17'nin üzerinde puan alırken, şiddete

maruz kalmayan kadınlardan ise (180 kadın) %8,3'ü 17'nin üzerinde puan alarak olası depresyon tanısı almıştır.

Hindistan'da yapılan topluma dayalı kesitsel bir araştırmada fiziksel şiddet gören kadınlarda daha fazla oranda ruh sağlığı bozukluğu (%56'ya karşı %25) saptanmıştır (Kumar ve ark., 2005). Sığınma evinde yaşayan bir grup kadın üzerinde yapılan niteliksel bir çalışmada da şiddet mağduru kadınların yaklaşık yarısında ciddi ruhsal sağlık sorunlarının geliştiği gözlenmiştir (Erdoğan ve ark., 2009). ABD'de yapılan bir araştırma ile bir yıllık süre içerisinde şiddete maruz kalan kadınların %59'unun ciddi psikolojik sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir (Kelleci ve ark., 2009). Yine ABD'de yapılan bir çalışmada, 18-44 yaşları arasında olan ve hastanede yatarak tedavi gören kadınlarda aile içi şiddet araştırılmış, şiddete maruz kalan kadınların psikiyatrik tanı alma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Akyüz ve ark., 2002). Yine ABD 'de yapılan bir araştırma ile 1 yıllık süre içerisinde şiddete maruz kalan kadınların %59'unun başta depresyon olmak üzere ciddi psikolojik sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Golding tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında şiddete uğrayan kadınların %47,6'sında depresyon olduğu belirlenmiştir. David ve arkadaşları şiddete uğrayan kadınların %50'sin de depresyon görüldüğünü belirtmektedir. Weingourt ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da şiddete uğrayan kadınların %47'sin de depresyon olduğu belirlenmiştir (Kelleci ve ark., 2009). Massachusetts'de Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi ile elde edilen verilerin değerlendirilmesinde şiddet gören kadınlarda şiddet görmeyenlere göre daha fazla depresyon (%19,5'e karşı %6,3) saptanmıştır (Hathaway ve ark., 2000). Çin kökenli Amerikalılar arasında yapılan topluma dayalı bir araştırmada şiddete maruz kalan kadınlarda diğerlerine göre dört kat daha fazla depresyon saptanmıştır (Aykut, 2005). Avustralya Victoria'da genel pratisyenlere başvuran 16-50 yaş grubundaki 1257 kadın hastanın incelendiği kesitsel bir araştırmada Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak olası depresyon tanısı alan kadınlarda depresif olmayan kadınlara göre daha fazla aile içi şiddet öyküsü saptanmıştır (Hegarty ve ark., 2004). Depresyon tanısı almış olan 82 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada bu kadınların %61,0'ında ev içi şiddet öyküsü saptanmıştır. Eşlerinden fiziksel veya psikolojik şiddet gören kadınların şiddet görmeyen kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla

olası depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır (Aykut, 2005). Başka bir çalışmada ise evlilik sorunları nedeniyle şiddete maruz kalan kadınlar sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve şiddet öyküsü bulunan kadınlarda daha çok psikopatolojik bulgu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların en sık aldıkları tanı depresyon olarak bulunmuştur (Akyüz ve ark., 2002). Çalışmanın sonucu da bu çalışmaların sonuçları ile benzer niteliktedir.

4.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Kadınların ruhsal sağlık sorunları elbette ki toplumsal ve ekonomik sorunlardan, öğrenim düzeyinden, toplumsal koşullardan, stresli yaşam olaylarından ve kadının statüsünden soyutlanamaz.

Bu bağlamda araştırma kapsamına alınan kadınların yaş dilimine göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; 30 yaşından büyük kadınların depresif öğe yükü ortalamasının 30 yaşından küçük kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Aykut'un kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada 30 yaşından küçük olan kadınlarda BDÖ'ye göre daha fazla olası depresyon saptanmıştır (Aykut, 2005). Christensen'e göre de yaşla depresyon arasında ters ilişki bulunmaktadır (Christensen ve ark., 1999). Yaş dilimi, şiddete maruziyet ve yaş birlikte ele alındığında ise; 30 yaşından genç ve yaşlı olan ve şiddete maruz kalanlarda depresif öğe yükü ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0,05$), şiddete maruziyetin yaş durumundan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırdığı saptanmıştır.

Kadınların öğrenim durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; öğrenim durumu yükseldikçe depresif öğe yükünün azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarda yapılan çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak, öğrenim durumu

yükseldikçe depresyon varlığının arttığı görülmüştür (Keskinoğlu ve ark., 2006). Aykut'un yapmış olduğu çalışmada ise lise ve üzeri öğrenim görenlerde daha az olası depresyon saptanmış ve çalışmamızın bu çalışma ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Aykut, 2005). Ancak, şiddete maruziyet ve öğrenim durumu birlikte ele alındığında, ilkokul ve daha az öğrenimlilerde, ortaokul, lise ve daha fazla öğrenimlilerde şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle, şiddete maruziyet öğrenim durumundan bağımsız bir şekilde depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Kadınların medeni durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; evli kadınların depresif öğe yükünün bekar kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamız Hirshfeld ve Cross'un depresyonun şiddeti ve evli olma arasında pozitif bir ilişki bulması durumu ile benzer özellik göstermektedir (Hirshfield ve Cross, 1982). Medeni durum ile şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde ise, evli ve bekar olan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları şiddet mağduru olmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Başka bir ifadeyle, şiddete maruziyet medeni durumdan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Kadınların mesleki durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; ev hanımı olanların diğer meslek grubunda yer alan ve öğrenci olanlara göre depresif öğe yükünün daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Mesleki durum ve şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde; ev hanımı olan, ev eksenli çalışan, devlet memuru-işçi olan ve kendine ait işyeri olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlardan daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$); ancak öğrenci olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlara göre yüksek olmasına rağmen bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına giren kadınların çalışma durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; çalışmayan kadınların depresif öğe yükü ortalamasının çalışan kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu durumun kadınların ekonomik özgürlüğünün olmayışı ve başka kişilere bağımlı yaşamalarından kaynaklı stres yükünün depresyonu arttırıcı etki yaratmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Şiddete maruziyet ve çalışma durumu birlikte ele alındığında, çalışan ve çalışmayan şiddete maruz kalan kadınlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları şiddete maruz kalmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma durumundan bağımsız olarak şiddete maruz kalma depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Kadınların sosyal güvencelerine göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; sosyal güvencesi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün sosyal güvencesi olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sosyal güvence durumu ile şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde ise, sosyal güvencesi olan ve olmayan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal güvence durumuna göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur.

Araştırmada yer alan kadınların yaşadıkları aile tipine göre depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; geniş ailede yaşayan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün çekirdek ailede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak, yaşanılan aile tipi ve şiddete maruziyet birlikte ele alındığında çekirdek ve geniş ailede yaşayan şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları şiddet görmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşanılan aile tipine göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur. Başka bir deyişle, şiddete maruziyet yaşanılan aile tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Araştırmada yer alan kadınların aylık gelir durumu ile depresif öğe yükü arasında

asgari ücret olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün aynı aylık gelire sahip olan şiddet mağduru olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu ancak bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Aylık ortalama geliri asgari ücretten fazla olan ve aylık ortalama gelirini bilmeyen şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükünün şiddet mağduru olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların yaşadıkları konut tipine göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; gecekonduda yaşayan kadınların depresif öğe yükünün apartmanda yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Şiddete maruziyet ve yaşanılan konut tipi birlikte ele alındığında, gecekondu ve apartmanda yaşayan şiddete mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddete maruziyet yaşanılan konut tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır. Bir başka deyişle, kadın ister gecekondu ister apartmanda yaşasın depresif öğe yükünü etkileyen şiddete maruz kalmamıştır.

Kadınların önceki ikamet yerlerine göre depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; köyden gelen kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükünün diğer yerleşim yerlerinden gelen kadınlara göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$), önceki ikamet yeri ile şiddet birlikte ele alındığında köyden gelen kadınlardan şiddet görenlerin görmeyenlere göre depresif öğe yükü ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüş ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ankara'ya ilçe ve ilden gelen şiddet mağduru kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamasının ise şiddet mağduru olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına giren evli kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; evli kadınların depresif öğe yükü ortalamaları eşlerinin öğrenim durumu yükseldikçe azalmaktadır ($p<0,05$). Altınel'in 15-49 yaş kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer olarak eş eğitim durumu iyi olanlarda ruhsal sorunların daha az olduğu görülmüştür (Altınel, 2008). Ancak,

şiddete maruziyet ve öğrenim durumu birlikte ele alındığında, eşi ilkokul ve daha az öğrenimlilerde, ortaokul, lise ve daha fazla öğrenimlilerde şiddete maruz kalanlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Eşin öğrenim durumu arttıkça kadınların depresif öğe yükü azalmakta ancak şiddete maruziyet eşin öğrenim durumundan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Evli kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre depresif öğe yükü ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen bu sonuç Aykut'un çalışması ile benzer özellik göstermiştir (Aykut, 2005). Eşi çalışan kadınlardan şiddete maruz kalanlarda depresif öğe yükünün eşi çalışan ancak şiddete maruz kalmayanlardan daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Eşi çalışmayan kadınlardan şiddete maruz kalmayanlarda depresif öğe yükünün eşi çalışmayan ve şiddete maruz kalanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bulunun farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Evli olan kadınlardan evlilik süresi 5 yıldan uzun olanların depresif öğe yükünün evlilik süresi 5 yıldan kısa olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ancak, 5 yıldan uzun ve kısa süredir evli olan şiddet mağduru kadınların depresif öğe yükü ortalamaları şiddet mağduru olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilik süresine göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur. Şiddete maruziyet evlilik süresinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırmaktadır.

Evli kadınların evlilik şekillerine göre Beck Depresyon Ölçeği depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; görücü usulü ile evlenen kadınların depresif öğe yükünün anlaşarak evlenen kadınlara göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ve evlilik şeklinin birlikte değerlendirilmesi durumunda ise, görücü usulü ve anlaşarak evlenen ve şiddete maruz kalanlarda depresif öğe yükü ortalamalarının şiddet mağduru olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu

bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilik şekline göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisi yoktur. Şiddete maruziyet evlilik şeklinden bağımsız bir şekilde depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

Evli kadınların evlilik sayısına göre depresif öğe yükü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Evlilik sayısı ve şiddete maruziyet birlikte değerlendirildiğinde, ilk evliliğini yaşayan şiddet mağduru kadınların şiddet mağduru olmayanlara göre BDÖ depresif öğe yükünün yüksek olduğu ve istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmamızdan faklı olarak Aykut'un yaptığı çalışmada yaşanılan aile tipi, şimdiki evlilik süresi ve evlenme biçimi ile BDÖ'ye göre olası depresyon tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Aykut, 2005).

Kadınların çocuk sahibi olup olmamasına göre depresif öğe yükü ortalaması incelendiğinde; çocuk sahibi olan kadınların BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Brown ve Harris de evde çocukların varlığı ile kadınlarda daha yüksek şiddette depresyon arasında anlamlı olarak bağlantı olduğunu göstermişlerdir (Kayahan ve ark., 2003). Şiddete maruziyet ve ocuk varlığı ile birlikte ele alındığında, çocuğu olan ve olmayan ve şiddet mağduru kadınlarda BDÖ'ye göre depresif öğe yükü ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddete maruziyet çocuk sahibi olma durumundan bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş diliminde bulunan 300 kadının; aile içi şiddete maruz kalma durumları, maruz kaldıkları şiddet tipleri, şiddete karşı tutumları, şiddet maruz kalma ve kalmama durumu ile çeşitli değişkenlere göre BDÖ depresif öğe yükünün incelendiği bu araştırmada; kadınların %40,0'ının (120 kadın) son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanlardan %41,7'sinin ise (50 kadın) şiddet türlerinden duygusal (psikolojik/sözel) şiddet türüne maruz kaldığı belirlenmiştir.

Çalışmada şiddet mağduru olanlardan %73'ünün (46 kadın) fiziksel şiddet yöntemlerinden ''dövme'', %49'unun (49 kadın) duygusal şiddet yöntemlerinden ''bağırma'', %58'inin (7 kadın) cinsel şiddet yöntemlerinden ''cinsel yönden aşağılama'' mağduru olduğu belirlenmiştir. Araştırmada şiddet mağduru kadınların %72,0'ının (86 kadın) eş şiddetine maruz kaldığı, %77,5'inin (93 kadın) gördüğü şiddetin halen devam ettiği; %47,0'ının (56 kadın) ''2-3 ayda bir, yıl içinde birkaç kere'' şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Bu çalışmada şiddet gördüğünü belirten kadınlardan %45,8'inin (55 kadın) maruz kaldığı şiddet sonrası hiçbir şey yapmadığı yani maruz kaldığı şiddete tepki göstermediği, %81,7'sinin (98 kadın) şiddet sonrası ruhsal sağlık problemleri yaşadığı, %17'sinin (20 kadın) maruz kaldıkları şiddet sonrası hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan kadınlardan %6,7'si (20 kadın) kadınların şiddet görmeyi hakettiğini belirtmiştir.

Çalışmanın sonucunda, elde edilen bulgulara dayanarak, aile içi şiddetin hiç de azımsanamayacak ölçüde yaşandığı, kadınların çoğu zaman bu şiddete sessiz kaldığı ve hatta bazı durumlarda kendisine şiddet uygulayan kişiye hak verdikleri tespit edilmiştir.

Çalışmada BDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 63 iken, araştırmaya katılan kadınların (300 kadın) puan ortalaması 12,79±7,231; şiddete maruz kalan grubun puan ortalaması 16,42±7,231 ve şiddete maruz kalmayan grubun puan ortalaması

10,38±5,509 olarak belirlenmiştir. Şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınların ölçülen depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), şiddete maruz kalanların şiddete maruz kalamayanlara göre depresif öğe yükünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

30 yaşından büyük kadınların 30 yaşından küçük olanlara göre depresif öğe yükü daha yüksek bulunmuş ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise yaştan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı saptanmıştır.

Kadınların ve eşlerinin öğrenim durumu yükseldikçe depresif öğe yükünün azaldığı ($p<0,05$), kadınların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisinin olmadığı, şiddete maruziyetin kadınların ve eşlerinin öğrenim durumundan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Evli kadınların depresif öğe yükünün bekar olanlardan yüksek olduğu ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise medeni durumdan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Ev hanımı olanların depresif öğe yükünün diğer meslek grubunda yer alanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmayan kadınların depresif öğe yükünün çalışan kadınlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise çalışma durumundan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olanların depresif öğe yükünün sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek olduğu ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise sosyal güvenceden bağımsız olarak depresif öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara göre depresif öğe yükünün

yüksek olduğu ($p<0,05$) ve yaşanılan aile tipine göre şiddete maruziyetin depresif öğe yüküne etkisinin olmadığı, şiddete maruziyetin yaşanılan aile tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı saptanmıştır.

Ailesinde yaşayan kişi sayısı 5 ve daha fazla olan kadınların depresif öğe yükünün ailesinde yaşayan kişi sayısı 2-4 olan kadınlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ve şiddete maruziyetin ailede yaşayan kişi sayısından bağımsız olarak depresyon yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Gecekonduda yaşayan kadınların apartmanda yaşayan kadınlara göre depresif öğe yükünün daha yüksek olduğu ($p<0,05$), ve şiddete maruziyetin yaşanılan konut tipinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Köyden gelen kadınların ilçe ve ilden gelen kadınlara göre depresif öğe yükünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanların evlilik süresi daha kısa olanlara göre depresif öğe yükü ortalamasının daha yüksek olduğu ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise evlilik süresinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Görücü usulü ile evlenenlerin anlaşarak evlenenlere göre depresif öğe yükü ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$), buna karşın şiddete maruziyetin evlilik şeklinden bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı saptanmıştır.

Çocuk sahibi olmanın depresif öğe yükünü anlamlı şekilde arttırdığı ($p<0,05$), şiddete maruziyetin ise çocuk sahibi olma ve olmama durumundan bağımsız olarak depresyon öğe yükünü arttırdığı belirlenmiştir.

Kadınlara uygulanan şiddet oranının yüksekliği ve verdiği zararın büyüklüğü düşünüldüğünde bu çalışmanın kadına yönelik şiddet ve depresyon arasındaki

İlişkinin belirlenmesi ve kadınların yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik faaliyetlere bir destek oluşturacağı ve ayrıca aşağıdaki önerilerin değerlendirilmesinin de yararlı olacağı düşünülmektedir.

- Şiddete maruziyet kadınlarda depresif öğe yüküne etkili belirleyici bir faktör olduğuna göre; öncelikle kadına yönelik şiddetin önlenmesi toplumda önlemlerin alınması, kadınlar için şiddete maruziyetin bir kader olmadığı, buna karşı mücadele yolları, yasal hakları konusunda eğitim programları geliştirilmesi, gençlerin eğitimine önem verilmesi gerekir. Ayrıca kadınlarda farkındalığın arttırılmasının üzerinde önemle durulmalıdır.

- Toplumsal algı ve önyargılarla ilgili kapsamlı bir süreç başlatılmalı ve toplumun her kesiminden destek alınarak başta kadına karşı toplumun bakışı olmak üzere kadına verilen değeri ve kadının statüsünü arttırmaya yönelik toplumsal ve bireysel çalışmalar yapışmalıdır.

- Kadına yönelik şiddetin yüksek oranda olmasına rağmen, sığınma evine ve polise başvuru oranı çok azdır. Bu nedenle, sığınma evleri yaygınlaştırılmalı ve güvenlik güçleri eğitilmeli ya da bu konuya ilişkin güvenlik birimleri oluşturulmalıdır.

- Kadınlarda şiddet kaynaklı depresyonun erken tanı ve tedavisi için toplum tabanlı sağlık programlarının geliştirilmesine hız verilmelidir. Bu programlarda kadınlara hizmet sunarken bütüncül yaklaşım içerisinde disiplinler arası işbirliğinin de sağlanması gerekmektedir. Özellikle risk grubunu oluşturan kadınların özellikleri dikkate alınarak izlem, müdahale ve kontrol programlarının uygulanması ve yaygınlaştırılması sağlanmalı, taramaların yapılması ve riskli gruba yönelik sağlık eğitimi gibi koruyucu stratejilerin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

- Şiddet kökenli depresyonunun erken dönemde belirlenebilmesi için başta topluma hizmet götürme işinde anahtar konumunda olan halk sağlığı hemşireleri olmak üzere birinci basamak sağlık personeline kadına yönelik şiddet, ruh sağlığı, depresyonu tanılama gibi konularda hizmet içi eğitimler verilmelidir. Böylece depresyon belirtisi gözlenen kadınlar erken dönemde belirlenip, kliniğe sevk edilebilir. Bu tür çalışmaların özellikle ekip işbirliği içinde, psikiyatri uzmanları ile birlikte yürütülmesi, depresif belirti puanı yüksek olan kadınların klinik tanı aldıktan sonra erken dönemde tedaviye başlatılması gerekmektedir.

- Toplumda riskli bireylere. ulaşma konusunda en etkili olan grup olan ebe ve hemşireler ayrıntılı bir öykü ve gözlem yaparak, kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik olarak girişimlerin başlatılması, şiddet durumunda bireyin bakımı, ruhsal sağlığının korunması gibi etkin rolleri üstlenmelidir. Hizmet içi eğitim programlarında şiddete uğrayan kadının erken tanısı, şiddetten nasıl korunacağı ve sonrasında neler yapacağı konusunda sağlık personelinin eğitimine yönelik çalışmalar planlanarak bu çalışmalara hız kazandırılmalıdır.

- Birinci basamakta yer alan sağlık kurumlarına başvuran şiddet mağduru kadınlar fiziksel ve duygusal şiddetin yanı sıra cinsel şiddetin varlığını bildirmesi konusunda teşvik edilmeli, sağlık ocağı hizmetleri içinde maruz kaldıkları şiddet sonrası ne yapacakları, nerelere başvurabilecekleri (kurum adı ve telefon numarası gibi), hukuki yollardan haklarını nasıl savunabilecekleri konularında bilgilendirici eğitim programları almaya cesaretlendirilmeli, bireyin maruz kalınan şiddet sonrası güvende ve yalnız olmadığına inandırılmalı, sorun çözme programları gibi aktivitelerle kadınların kendilerine güvenli davranış sergilemelerine katkı sağlayabilecek girişimlerin uygulanması da sağlanmalıdır.

- Kadına karşı şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar, ayrıca fiziksel saldırganlık gösteren eşler ve diğer aile bireylerinin bu davranışlarını gidermeye yönelik bireysel ve grup terapi çalışmaları, bireylerin eğitim düzeylerini artırmaya yönelik eğitim kampanyaları düzenlenmelidir.

- Öncelikle tüm toplumun ve kadınların farkına varması gereken, kadına karşı şiddetin kabul edilebilir ve hangi durumda olursa olsun hakedilen bir davranış olmadığı aynı zamanda hukuki olarak da yasaklanmış olduğudur. Bu bağlamda davranış değiştirmeye yönelik görsel ve yazılı medyada yer alan iletişim kampanyaları (reklam, broşür, dergi, afiş vb.) etkili bir bilgi, tutum ve davranış değiştirme aracı olarak kullanılabilir.

- Depresyonun önlenmesi için kadına yönelik şiddetin engellenmesi, sosyal destek programları ile kadının desteklenmesi, aile danışma ve yardım birimleri kurularak bireylerin bu birimlere yönlendirilmesi, kadınlara daha fazla ekonomik özgürlük sağlanması için eğitim ve iş/meslek edindirme programlarının geliştirilerek yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

- Halk sağlığı politikalarının gözden geçirilerek ruhsal hastalıklar için çare arama davranışlarının artırılması, sağlık hizmetlerine ve tedavi araçlarına ulaşmanın daha kolay hale getirilmesi, ilk yardım sistemlerinin geliştirilmesi, 24 saat ulaşılmasına imkan veren kriz merkezlerinin yaygınlaştırılması da gerekmektedir.

- Kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanmasında, tedavi, destek ve rehabilitasyonu yanı sıra, toplumda şiddetin azaltılmasında, önleme, koruma ve erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Toplumun tüm alanlarında hizmet sunan sağlık çalışanları, şiddet ile ilişkili kendi tutumlarını tanımaya ve profesyonel hizmet sunumlarında bu yaklaşımlarının etkilerinden arınmış olmaya çabalamalıdır. Sağlık çalışanları, etik ve mesleki kodlar doğrultusunda aile şiddet mağdurunu tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidir (ICN, 2001). Ayrıca, şiddete uğrayan kadınlar sağlık kuruluşlarına başvurduklarında sağlık hizmeti verenler kadınlara yaşadıkları şiddet hakkında yararlı bulacakları şekilde nasıl soru soracaklarını

öğrenmeli, hekim ve hemşire hasta tanılama formlarına şiddete yönelik sorular eklenmeli, özellikle acil servisler, kadın doğum ve psikiyatri polikliniklerinde tanılama yapılırken şiddetin özellikle sorgulanması sağlanmalıdır.

- Kadına yönelik aile içi şiddetle olası depresyon arasındaki ilişki göz önüne alındığında depresyon semptomları ile sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda şiddetin de sorgulanması sorunun çözümünde önemli katkı sağlayacaktır.

- Sonuç olarak bu çalışmanın sonuçları sosyodemografik özellikler ve psikososyal stres faktörleri ile kadınlardaki depresyon ve şiddet arasındaki ilişki hakkında bilinenlere katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yükü

Doğurganlık dönemi, kadınların ruhsal sağlıklarını etkileyebilecek pek çok stres etkeni ile karşılaştıkları bir dönemdir. Bu stres etkenlerinden biriside şiddettir. Bu araştırma da, Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arasında şiddet gören ve görmeyen kadınların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon öğe yükünün karşılaştırılması amacıyla yapılmış kesitsel ve topluma dayalı bir çalışmadır.

Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubunda yer alan 1304 kadından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 300 kadın örnekleme alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 29 sorudan oluşan anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizde Ki-kare, Student t-testi, Mann Whitney-u testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda kadınların %37,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %72,0'ının herhangi bir işte çalışmadığı, %91,3'ünün evli olduğu, %6,3'ünün aylık ortalama gelirinin asgari ücret olduğu belirlenmiştir. Yine kadınların %40,0'ının son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanların %41,7'sinin duygusal (psikolojik/sözel) şiddet türüne maruz kaldığı, %72,0'ının eş şiddetine maruz kaldığı, %47,0'ının şiddet uygulanma sıklığı için ''2-3 ayda bir, yıl içinde birkaç kere ve belli olmuyor'' yanıtını verdiği, %45,8'inin maruz kaldığı şiddet sonrası tepkisiz kaldığı, %81,7'sinin şiddet sonrası ruhsal sağlık problemleri yaşadığı, %6,7'sinin kadınların şiddeti haketiğini belirttiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12,79±7,231; son bir yıl içerisinde şiddet gören kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 16,42±7,980 şiddet görmeyen kadınların ise Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10,38±5,509 olarak bulunmuştur. Yine son bir yıl içerisinde şiddet varlığı ile olası depresyon tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınlarda şiddet görme ve kadının 30 yaşından büyük olması, öğrenim düzeyinin düşük olması, evli olması, ev hanımı olması, çalışmıyor olması, sosyal güvenceye sahip olması, geniş ailede yaşıyor olması, gecekonduda yaşıyor olması, köyden gelmiş olması, eşinin öğrenim düzeyinin düşük olması, evlilik süresinin 5 yıldan uzun olması, görücü usulü ile evlenmiş olması ve çocuk sahibi olması gibi sosyo-demografik faktörler depreyon öğe yükünü etkilemektedir. Ancak, şiddet görenlerde bu faktörlerle beraber şiddet görme durumu depresif öğe yükünü arttıran belirleyici faktördür.

Özellikle sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm grupların risk faktörlerini dikkate alarak kadınları bir bütün olarak değerlendirmesinin önemi büyüktür. Kadınların şiddet gördükten sonra yaşadıkları fiziksel ve ruhsal problemlere yönelik neler yapabilecekleri, nerelere başvurabilecekleri konusunda eğitimli kişiler ve özellikle sağlık çalışanları tarafından çeşitli eğitim programları ile bilinçlendirilmesi, ruh sağlığı politikalarının oluşturulması, şiddet mağduru ve şiddet uygulayanlara yönelik yasal düzenlemelerin yapılması, cinsiyet farkı gözetmeksizin toplumun tüm bireylerinin eğitilmesi, kadın erkek eşitsizliğinin ortadan kaldırılması amacıyla tüm gruplar arasında işbirliğinin sağlanması da yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile İçi Şiddet, Beck Depresyon Ölçeği, Kadına Yönelik Şiddet, 15-49 Yaş Dilimi Kadın

SUMMARY

In the area of Number Two Health Center in Province of Ankara, County Gölbaşı, Depressive Factor Load among Women between the ages of 15-49 both being exposed to violence and not being exposed to violence in accordance with the Beck Depression Scale

The period of fertility is a period in which women experience several stress factors that might affect their mental health. One of the stress factors is violence. Being based upon cross sectional and society, this research is a case-control study done with the aim of comparing the depression factor loads among women, living in the area of Number Two Health Center in Province Ankara, County Gölbaşı, between the ages of 15-49 being and not being exposed to violence in accordance with Beck Depression Scale.

300 women are selected as samples with the random sampling method among 1304 women, between the ages of 15-49, living in the area of Number Two Health Center in Province Ankara, County Gölbaşı. In the research, a questionnaire, consisting of 29 questions, and the Beck Depression Scale are used as data collection tools. For the statistical analysis; Chi-square test, Student t-test, Mann-Whitney-u test and Kruskal-Wallis test are used.

In the research result, it is determined that 37,7% of these women are graduated from elementary school, 72% of them do not work, 91,3% of the women are married and 6,3% of them have subsistence wages as average monthly income. It is also stated that 40% of these women have been exposed to domestic violence in the last year, 41,4% of the women being exposed to violence are subjected to emotional (psychological/verbal) type of violence, 72% of them are exposed to spousal violence, 47% of the women responded for the sequence of using violence as "it happens once in 2-3 months, a few times in a year and it is not definite", 45,8% of them are unresponsive after being exposed to violence, 81,7% of them experience mental problems after the violence and 6,7% of these women say that women deserve violence.

It is found that Beck Depression Scale's average point of the women who participated in the research is 12,79±7,231; Beck Depression Scale's average point of the women being exposed to violence in the last year is 16,42±7,980 and Beck Depression Scale's average point of those who are not exposed to violence is 10,38±5,509. In addition, in the last year, it is found that there is a statistical meaningfulness between the existence of violence and getting a probable depression diagnosis ($p<0,05$).

The socio-demographic elements such as woman's being exposed to violence and being above 30 ages, having a low level of education, being married, being a housewife, not having a job, having social security, living in an extended family, living in a shack, having come from the village, spouse's having low level of education, the period of marriage being far from 5 years, having an arranged marriage and having children affect depressive factor load. However, with these factors, the situation of being exposed to violence is a determinative element increasing the depressive factor load in those who are exposed to violence.

Especially health care workers in the first place, all groups' evaluating women as a whole considering the risk factors is greatly significant. It will be beneficial to constitute collaboration among the all groups in order to provide educated persons that help them about what can be done or where they can apply in the case of mental and physical problems after they are exposed to violence and to raise their awareness with various education programs with especially health care workers, compose mental health policies, establish legal reforms for those who are victims of violence and those who commit violence, educate individuals in the community without sex discrimination and abolish inequality of women and men.

Key Words: Domestic Violence, Beck Depression Scale, Violence against Women, Women between the ages of 15-49

KAYNAKLAR

AKÇER, D. Z. (2006). Aile içi şiddete maruz kalan kadınlar Diyarbakır örneği, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.

AKTÜRK, Z. (2006). Aile içi şiddet. Kent ve Sağlık Sempozyumu Bildiri Özetleri Kitabı. 7-9 Haziran; s.216.

AKYÜZ, G., KUĞU, N., DOĞAN, O., ÖZDEMİR, L. (2002). Bir psikiyatri kliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni Symposium Dergisi*, **40(2):** 41-48.

ALTINAY, A.G., ARAT, Y. (2007). "Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet" raporu, Punto Baskı Çözümleri, İstanbul. s.: 11-113.

ALTINEL, T. (2008). Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne. s.: 84-115.

ALTUN, M. (2006). Denizli ili kırsalında bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınların, fiziksel şiddet görme durumları ve kadınların şiddete ilişkin tutumları. Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

ARIN, C. (1996). Kadına yönelik şiddet, Cotigo, 6-7, s.: 305-311.

ARSLAN, D. (1998). Aile içinde kadına yönelen şiddet ve İstanbul kadın misafirhanesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ASLAN, H., AVCI, A. (1994). Kadınların eşleri tarafından fiziksel istismarı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, **2(4):** 354-360.

ATMAN, Ü. C. (2003). Kadına yönelik şiddet; cinsel taciz / ırza geçme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, **12(9):** 333-335.

AYKUT, B. N. (2005). Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde kadınlarda bazı ruh sağlığı sorunlarının prevalansı ve kadına yönelik aile içi şiddetin buna etkisinin saptanması, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, Doktora Tezi, Ankara.

BECK, A. T., WARD, C.H., MENDELSON, M. (1961). An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; **4:** 561-71.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. (1978). Cognitive Therapy of Depression, New York: Guilford Pres, s.: 229-256.

BERKTAY, F. (2000). Tek Tanrılı Dinler Karşısında Kadın, 2. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul. s.: 14-240.

BEŞER, A., EKER, A., KÖSE, A., TAŞÇI, D. K. (2000). Kadın ve Şiddet. I. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. 24-26 Mayıs. İzmir. s.31.

BİLGEL, N. (2005). Aile İçi Şiddet. Erişim: [http://www.uludağ.edu.tr/Nazander s5.html-57k,2005]. Erişim Tarihi: 10.01.2010

BÜTÜN, C. (2001). Kadına yönelik ölümle sonuçlanan şiddetin değerlendirilmesi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

CANSUNAR, N. (2002). Aile İçi Şiddet. *İstanbul Adli Tıp Dergisi*, **15(4):** 53-62.

CEDAW. (United Nations Convention on the Elimination of all forms of

Discrimination Against Women). (1993). 85th Plenary Meeting, GENERAL ASSEMBLY A/RES/48/104, 20 December.

CELBİŞ, O., KAYA, M., GÜNEŞ, G. (2001). Malatya'da Beş Yıllık Süreçte Adliyeye Yansıyan Kadın Mağdurların Değerlendirilmesi. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu *Aile ve Toplum Dergisi*, Eylül-Aralık, **1:** 4.

CETAD. (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). (2007). Üreme Sağlığı Programı Bilgilendirme Dosyası 5 'Kadın Cinselliği'.

ÇALIŞKAN, M., KOCAKUŞAK, N. (2004). Çalışma Hayatında Kadın Erişim: [http://www.bianet.org/bianet/kategori/bianet/45622/kadın%20şiddet%20ve% 20yasal%20sistem]. Erişim Tarihi: 23.12.2009

ÇETİNER, G. S. (2006). Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda cinsel sorunlar ve intihar olasılığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

CHRİSTENSEN, H., JORM A. F., MACKINNON, A. J., KORTEN, A. E. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. Psychological Medicine; **29:** 325-39.

ÇİFTÇİ, Ö. (2007). Yaşadıkları şiddet nedeniyle sığınma evlerine başvuran kadınların umutsuzluk, depresyon ve üreme sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

DEMİR, Ü. (2000). Kadına yönelik aile içi şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3(1):** 57-61.

DOĞAN, İ. (2000). Sosyoloji Kavramlar ve Sorunlar, Sistem Yayıncılık. İstanbul, s.: 421-438.

DOĞAN, İ. (2001). Aile Tipleri ve Türk Aile Yapısı. Vatandaşlık, Demokrasi ve İnsan Hakları. Pegem Yayıncılık, Ankara, s.: 47-48.

DOĞAN, T., ÇETİN, B. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal zeka düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 5-2.

DURMUŞOĞLU, M. (1999). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Ailede Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, Tıp Sosyolojisi ve Antropolojisi Programı Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ECEVİT, Y. (1993). Aile, kadın ve devlet ilişkilerinin değerlendirilmesinde klasik ve yeni yaklaşımlar. *İstanbul Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, İ.Ü. KASAUM Yayınları, **1:** 9-34.

ERDOĞAN, S., AKTAŞ, A., BAYRAM, O. G. (2009). Sığınma evinde yaşayan bir grup kadının şiddet deneyimleri ve baş etme yaklaşımları: Niteliksel bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. **6(1):** 807-824.

ERGİN N., BİLGEL N. (2001). Bursa İl Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddetle İlgili Durum Saptaması Araştırması. Hemşire ve Ebeler İçin *Hemşire Dergisi*. **51(1-2):** 12-16.

ERYILMAZ, G. (2001). Aile içi şiddet, kadın sağlığı ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5(2):** 19-24.

GELLES, R. J. (1980). Violence in Family: A review of resarch in the seventies. Journal of Marriage and the Family Violence. Nowember, p.: 873-884.

GÖĞÜŞ, K. A. (2000). Depresyonun klinik belirtileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Duygudurum Dizisi. Ankara. **1:** 39-43.

GÖKSU, E. (2008). İnsanlık Tarihinin Değişmeyen Fenomenleri: Savaş ve Şiddet. Erişim: [http://www.kku.edu.tr/~fen_edebiyat/tarih/yayin/fenomen.htm]. Erişim Tarihi: 08.04.2009

GÖMBÜL, Ö. (1998). Ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin hemşirelerin tutumları ile cinsiyet rol kalıpları arasındaki ilişki. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

GÜLER, N., TEL, H., TUNCAY, Ö. F. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **27(2):** 51-56.

GÜLSEREN, L. (1999). Doğum sonrası depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **10(1):** 58-67.

GÜNGÖR, A. (2006). Türkiye'de yasal düzenlemeler çerçevesinde ve feminist anlayışta kadın sığınma evleri kurmak. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi, Ankara.

GÜNAY, Y., RAMADANOĞLU, E. (1996). Aile kavramı içinde kadına yönelik fiziksel şiddet olayının adli tıp kurumuna yansıması. *Türk Hemşireler Dergisi*, **46(6):** 16-20.

HATHAWAY, J. E., MUCCİ, L. A., SİLVERMAN, J. G., BROOKS, D. R., MATHEWS, R., PAVLOS, C. A. (2000). Health Status and Health Care Use of Massachusetts Women Reporting Partner Abuse, Am J. Prev Med. **19(4):** 302-307.

HEGARTY, K., GUNN, J., CHONDOS, P., SMALL, R. (2004). Association Between Depression andA buse of Women Attending General Practice: Descriptive, Cross Sectional Survey, British Medical Journal. March, **13:** 621-624.

HENRICA, A. F. JANSEN., YÜKSEL, İ., ÇAĞATAY, P. (2008). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara. Erişim: [http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/ anasayfa/2008rapor]. Erişim Tarihi: 07.12.2009

HIRSFIELD, R. M. A., CROSS, C. K. (1982). Epidemiology of affective disorders. Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, **39:** 39-46.

HİSLİ, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, **6:** 118-126.

HİSLİ, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **7:** 3-13.

ICN. (International Council of Nurses). (2001). Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses' Day 2001. Anti-Violence Tool Kit. Erişim: [http://www.icn.ch/indkit/united_against_women/2001.html]. Erişim Tarihi: 12.03.2009

İÇLİ T. G., ÖĞÜN, A. (2000). Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısında aile, evlilik ve kadın suçluluğu: fail mağdur ilişkisi. Uluslararası IV. Türk Kültür Kongresi Bildirileri Kitabı. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. Ankara. s.: 50-58.

İÇLİ T. G. ÖĞÜN, A., ÖZCAN, N. (1995). Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu. Devlet Bakanlığı Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Bizim Büro Basımevi, Ankara. s.: 26-55.

İLKKARACAN, P. GÜLÇÜR, L., ARIN, C. (1996). Türkiye'den Almanya'ya Göç Etmiş Kadınların Yaşamı Ve Aile İçi Şiddet, Almanya Araştırması. Sıcak Yuva Masalı. Aile İçi Şiddet ve Cinsel Taciz Kadının İnsan Hakları Projesi, Metis Yayınları. İstanbul. s.74.

İPEKTEN, M. (2006). Evlilikte kadına yönelik cinsel istismar şiddetin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

KARAKAYA, I., AĞAOĞLU, B., COŞKUN, A., ŞİŞMANLAR, Ş. G., ÖC Y. Ö. (2004). Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **15(4):** 257-263.

KAYAHAN, B., ALTINTOPRAK, E., KARABİLGİN, S., ÖZTÜRK Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **4:** 208-219.

KELLECİ, M., GÖLBAŞI, Z., ERBAŞ, N., TUĞUT, N. (2009). Eş Şiddetinin Kadınların Ruh Sağlığına Etkileri. Türkiye Klinikleri J. Med Sci., 2009, **29(6):** 87-93.

KESKİNOĞLU, P.,ÖZKUL, AYAN, R., NORGAZ, G., GİRAY, H., KILIÇ, B. (2006). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde 50-54 yaş arası kadınlarda menopoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görülme sıklığına etkisi. *Sted Dergisi*. **15(2):** 32-35.

KOCABAŞOĞLU, N., DOKSAN, K. M., DOĞANGÜN, B. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, **42(4):** 168-176.

KOCACIK, F. (2002). Şiddet Olgusu Üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, **6(2):** 1-7.

KORUR, S. (2003). Kadına yönelik şiddete adli tıp açısından yaklaşım. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekim Sempozyumu Sonuç Bildirgesi. s.: 85-94.

KOŞTU, N. (2006). Kadına yönelik şiddet. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. Ankara Tabip Odası Yayınları. Ankara. 16-17 Kasım. Erişim: [http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2002-2006/2002-2006_s.pdf]. Erişim Tarihi: 01.04.2009

KÖSE, A., BEŞER, A. (2007). Kadının değiştirilebilir yazgısı "Şiddet". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(4):** 114-121.

KUMAR, S., JEYASEELAN, L., SURESH, S., AHUJA, R. C. (2005). Domestic Violence and Its Mental Health Correlates in Indian Women, British Journal of Psychiatry, **187:** 62-67.

KÜEY, L. (2008). Birinci basamakta depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme Psikiyatri Dünyası. 1:5-12. Erişim: [http://www.depresyon.biz/?Module =pages&SID=22]. Erişim Tarihi: 10.01.2010

MILLER J. B. (1991). The development of women's sense of self. Women's Growth in Connection The Guilford Press, New York, London Women and the Workplace: Applications of a Psychodynamic Theory, p.: 243-261, Monday, 29 november, 2004. Erişim: [http://www.upetd.up.ac.za/thesis/available /violence.pdf, 2009]. Erişim Tarihi: 23.03.2009

MUSLU, L. (2001). Kırsal bölgede eşleri tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

MUTLU, F. (2006). Aile içi şiddet sürecinde şiddete maruz kalan kadınlara yönelik

sosyolojik bir araştırma.

NAÇAR, M., BAYKAN Z., POYRAZOĞLU, S., ÇETİNKAYA, F. (2009). Kayseri ilinde iki sağlık ocağı bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAF Prev Med Bull. **8(2):** 131-138.

OKUMUŞ, E. (2003). Toplumsal eşitsizliklerin meşruiyet kazanmasında din. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyoloji Tartışmaları Dergisi*, Sayı: 1, Eylül.

OKTİK, N. (2001). Muğla ve Çevresinde Dönüşen Cinsiyetçi Yapılar. Yerli Bir Feminizme Doğru. Yayına Hazırlayanlar: A. İlyasoğlu, N. Akgökçe. Sel Yayınları.

ÖZDEL, L., BOSTANCI, M., ÖZDEL, O., OĞUZHANOĞLU, K. N. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3:** 155-161.

RTÜK. (Radyo Televizyon Üst Kurulu). (2004). Medyada Şiddet ve Kadın Şiddete Duyarlılık Paneli. İstanbul. 26 Kasım. Erişim: [http://www.rtuk.org.tr calismaras/sonucraporu.doc]. Erişim Tarihi: 23.05.2009

SAVRUN, M. B. (1999). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, 2-3 Aralık; s.: 11-17.

SEZEN, A. (2002). Kadına yönelik aile içi şiddetin boşanma davalarına yansıması. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

SOLAK, A. (2008). Şiddet Saldırganlık ve Suçluluk Duyguları Açısından Anne Baba Eğitimi, 10. Baskı, HEGEM Yayınları, İstanbul. s.: 50-51.

SUBAŞI, N. (2001). Kadına yönelik şiddet ve kadın sağlığı üzerine etkileri. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6-1.

SUBAŞI, N., AKIN, A. (2003). Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları, 'Toplumsal Cinsiyet'; Sağlık ve Kadın (ed. A. Akın). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s.: 231-248. Erişim: [http://www.huksam.hacettepe.edu.Tr/ Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf]. Erişim Tarihi: 12.12.2009

ŞAHİN, T. F., ÖZYÜREK, A. (2008). 5-6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Demografik Özelliklerinin Çocuk Yetiştirme Ttutumlarına Etkisinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, **6(3):** 395-414.

ŞEFKAT-DER. (2008). Kadına yönelik şiddet. Erişim: [http://www.sefkatder.Org/ faaliyet_rapor.html]. Erişim Tarihi: 10.03.2009

TAŞÇI, N. (2003). Ebelerin aile içinde kadına uygulanan şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

TAVUZ, M. F., GÖLGE Z.B., SAFRAN N. (1998). Evlilik içi zorla cinsel ilişki üzerine bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni, **3(1):** 46-50.

TAYLI, Ü., KANAT, G., YALÇIN, Z. (2006). Aile içinde kadına yönelik şiddete karşı mücadele ve feminizm. Erişim: [http://www.morcati.org.tr/araştırmalar]. Erişim Tarihi: 07.03.2009

T.C. BAŞBAKANLIK AİLE ARAŞTIRMA KURUMU BAŞKANLIĞI. (1998). Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.

T.C. BAŞBAKANLIK AİLE ve SOSYAL ARAŞTIRMALAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2005). Aile Rehberi. Genel Yayın No: 126, Eğitim Serisi, Afşaroğlu Matbaası, Ankara.

T.C. BAŞBAKANLIK AİLE ve SOSYAL ARAŞTIRMALAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2006). Hane Halkı Özellikleri Aile Yapısı Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. s.: 1-29.

T.C. BAŞBAKANLIK İNSAN HAKLARI BAŞKANLIĞI. (2008). Töre ve Namus Cinayetleri Haziran Raporu. Ankara. s.: 1-9.

T.C. BAŞBAKANLIK KADININ STATÜSÜ ve SORUNLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (1998). Cumhuriyetin 75. Yılında Türkiye'de Kadının Durumu. Ankara.

T.C. BAŞBAKANLIK KADININ STATÜSÜ ve SORUNLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2007). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi, Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. s.: 6-8.

T.C. BAŞBAKANLIK KADININ STATÜSÜ ve SORUNLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2009). Türkiye'de Kadının Durumu. Ankara. Ocak.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI REFİK SAYDAM HIFZISIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI HIFZISIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ. (2005). Dünya Sağlık Raporu Her Anne ve Çocuk Önemlidir. Özet 2005 Cenevre İngilizce aslından özetleyip çeviren; Uzm. Dr: A. Refik İmamecioğlu Erişim: [http://www. saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/who2005report.pdf]. Erişim Tarihi: 24.03.2009

TEGİN, B. (1980). Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi. Doktora tezi, Ankara.

TEKİN, E. (2009). Aile Sistemi ve Sağlığı. Psikoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Makaleleri Kütüphanesi. Erişim: [http://www.aile.org/forum/index.Php/aile %20tipleri]. Erişim Tarihi: 11.12.2009

TEL, H. (2002). Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, (6)2, Sivas.

TEZCAN, E. A. (2000). Depresyonun Ayırıcı Tanısı. Duygudurum Dizisi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ, **2:** 77-98.

TEZCAN, M. (2003). Sosyokültürel yönden Cumhuriyetten günümüze Türk ailesinin dünü-bugünü-geleceği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. Ankara, **56(17):** 39-44.

TNSA.(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Raporu, Ankara. Erişim: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr./tnsa2003]. Erişim Tarihi: 10.02.2010

TNSA. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Raporu, Ankara, Erişim: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr./tnsa2008]. Erişim Tarihi: 07.02.0.2010

TÜRMEN, T. (2003). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, 'Toplumsal Cinsiyet; Sağlık ve Kadın (Ed. A. Akın). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s.: 3-16.

UÇAR, S. M. (2007). İstanbul Ümraniye İlçesi Kazım Karabekir Mahallesi'nde yaşayan kadınların şiddet tanımları ve şiddete yaklaşımlarının belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

UYSAL, A. (1999). Birey, aile ve toplum açısından istismar ve risk yaklaşımı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İzmir.

UAÖ. (Uluslararası Af Örgütü). (2004). Türkiye: Aile İçi Şiddete Karşı Mücadelede Kadınlar,Erişim: [http:// www.amnesty.org. tr/ai/system/files/turkiye_ aile ici_siddete_karsi_mu cadelede_kadinlar.pdf]. Erişim Tarihi: 02.02.2009

UNFPA. (United Nations Population Fund). (2005). Youth and HIV/AIDS Fact Sheet, Erişim: [http://www.unfpa.org /swp/2005/presskit/f actsheets/facts_vaw .html]. Erişim Tarihi: 28.07.2009

ÜNAL, S., KÜEY, L., GÜLEÇ, C., BEKAROĞLU, M,, EVLİCE, Y. E., KIRLI, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri, **5:** 8-15.

ÜNSAL, A., AYRANCI, Ü., TOZUN, M. (2008). Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **9:** 148-155.

VAHİP, İ., DOĞANAVŞARGİL, Ö. (2006). Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **17(2):** 107-114.

VATANDAŞ, C. (2003). Aile ve Şiddet Türkiye'de Eşler Arası Şiddet, 1. Baskı, Uyum Ajans, Ankara.

WHO. (World Health Organization). (2001). Dünya Sağlık Örgütü Bilgi Notu, No: 239, Haziran 2001. Erişim: [http://www.amnestyusa.org/violence-against-women/violence-against-wome n---a-fact-sheet/page.do?id=1108440]. Erişim Tarihi: 13.02.2010

WHO. (2002). World Report on Violence and Health, Geneva, Erişim: [http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh 1/en/]. Erişim Tarihi: 16.04.2009

WHO. (2005). World Health Organization Summary Report Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Initial Reports on Prevelance, Health Outcomes and Women's Responses, Geneva. Page.: 1-28 Erişim: [http://www.who.int/violence_injury_prevention/definitions/def20/en /2005a/2005b/2005c]. Erişim Tarihi: 16.06.2009

WHO. (2007). The World Report on Violence & Health, Erişim: [http://www.who. int/violenceinjuryprevention/violence/worldreport/en/index .html]. Erişim Tarihi: 01.03.2009

YEMEZ, B., KÖKSAL, A. (1998). Depresyon etiyolojisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Psikiyatri Dünyası, **1:** 21-25.

YILDIRIM, A. (1998). Sıradan Şiddet Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. Boyut Kitapları/Araştırma Dizisi 9, İstanbul.

YILDIRIM, İ. (1996). Dayak atan evli bireylerin özellikleri. *3P Dergisi*. **4(2):** 108-129.

YURDAKUL, M. (1996). Kadın istismarı şiddet ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3(1):** 52-60.

YÜKSEL, Ş. (1993). 1980'lerin Türkiye'sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar. Eş Dayağı ve Dayağa Karşı Dayanışma Kampanyası. Tekeli Ş. (yayına hazırlayan). İletişim Yayınları, İstanbul.

EKLER

Ek-1

ANKARA İLİ GÖLBAŞI İLÇESİ 2 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE 15-49 YAŞ DİLİMİ KADINLARDA AİLE İÇİ ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMU SAPTAMA ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,
Bu araştırmanın amacı; sizin sosyodemografik ve kültürel özelliklerinizi belirlemek, aile içi şiddete maruziyet oranınızı saptamak, şiddet görme ve görmeme durumunda görülen depresyon durumunu ölçeğe dayalı olarak saptamak ve karşılaştırmaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Katılımınız için size teşekkür ederim.

1. Yaşınız?
1)15-19 yaş 2)20-24 yaş 3)25-29 yaş 4)30-34 yaş 5)35-39 yaş 6)40-44 yaş 7)45-49 yaş

2. Son bitirdiğiniz okula göre öğrenim durumunuz nedir?
1) Okur- yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Okur-yazar

3. Mesleğiniz ve çalışma durumunuz nedir?(.....)

4. Medeni durumunuz nedir?
1) Bekar 2) Evli 3) Dul/Boşanmış

5. Sosyal güvenceniz var mı, varsa hangisi?
1) Yok 2) SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) 3) Özel 4) Diğer

6. Aile tipiniz nedir?
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

7. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?(.....)

8. Ailenizde yaşayan kişi sayısı kaçtır?(.....)

9. Konut tipiniz nedir?
1) Gecekondu 2) Apartman 3) Diğer(belirtiniz)(.....)

10. Kaç yıldır Ankara'da yaşıyorsunuz?(.....)

11. (Eğer Ankara'ya başka yerden geldiyseniz) daha önceki ikamet yeriniz neresidir?(.....)

12. Evli iseniz; eşinizin öğrenim durumu nedir?
1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Okur-yazar

13. Eşinizin mesleği ve çalışma durumu nedir?(.....)

14. Kaç yıldır evlisiniz?
1) 0-5 2) 6-11 3) 12-17 4) 18-23 5) 24-29 6) 30 ve 30'dan fazla

15. Nasıl evlendiniz?
1) Görücü usulü 2) Anlaşarak 3) Diğer(belirtiniz)(.....)

16. Kaçıncı evliliğiniz?
1) 1. 2) 2. 3) 3. 4) Diğer(belirtiniz)(.....)

17. Çocuk sayınız kaçtır?
0) 0 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5 6) 6 7) 7 8) 8 9) 9 ve 9'dan fazla

18. Son bir yılda aile içi şiddete maruz kaldınız mı?
1) Evet 2) Hayır

19. Evet ise; maruz kaldığınız şiddetin türü ne idi?

1. Fiziksel şiddet
- ☐Sarsma
- ☐Hırpalama
- ☐Dövme
- ☐Hapsetme
- ☐Silahla yaralama
- ☐Öldürme girişimi
- ☐Diğer

2. Psikolojik şiddet (duygusal ve sözel şiddet)
- ☐Bağırma
- ☐Aşağılama
- ☐Hakaret etme
- ☐Tehdit etme
- ☐Aile ve arkadaşlardan uzaklaştırma
- ☐Bilgi ve yardıma ulaşmayı kısıtlama
- ☐Diğer

3. Cinsel şiddet
- ☐Evlilik içi tecavüz
- ☐Cinsel yönden aşağılama
- ☐Cinsel organlara zarar verme
- ☐Evde ve dışarıda cinsel taciz
- ☐Başka kişilerle farklı şekillerde cinsel ilişkiye zorlama
- ☐Ensest (Akraba tacizi-tecavüzü)
- ☐Diğer

20. Size kim/kimler şiddet uyguladı?
1) Eş 2) Kendi Anne-Babası 3) Akraba 4) Çocuk 5) Diğer(belirtiniz)(.....)

21. Bu şiddet uygulaması halen devam ediyor mu?
1) Evet 2) Hayır

22. Ne sıklıkta aile içi şiddete maruz kaldınız?
1) Günde birkaç kere 2) Haftada birkaç kere 3) Ayda birkaç kere 4) Diğer(belirtiniz)(.....)

23. Aile içi şiddete maruz kaldığınızda ne yaptınız?
1) Hiçbir şey yapmadım
2) Polise başvurdum
3) Boşanmak için mahkemeye başvurdum
4) Ailemin yanına sığındım
5) Kadın sığınma evine başvurdum
6) Diğer(belirtiniz)(.....)

24. Aile içi şiddete maruz kaldıktan sonra ne tür fiziksel sağlık problemleri yaşadınız?
1) Yaşamadım
2) Görme-işitme gibi duyu kayıplarım oldu
3) Hafıza kaybı yaşadım
4) Kemik kırıkları-organ yaralanmalarım oldu

5) Cinsel yolla bulaşan hastalık yaşadım
6) Düşük yaptım
7) İstenmeyen gebeliklerim oldu
8) Diğer(belirtiniz)(.....)

25. Aile içi şiddete maruz kaldıktan sonra ne tür ruhsal sağlık problemleri yaşadınız?
1) Yaşamadım
2) Sürekli ölüm korkusu yaşadım
3) Yeme bozukluklarım oldu
4) Cinsel işlevlerimde bozukluklarım oldu
5) İntihar girişiminde bulundum
6) Çocuklarım ve diğer bireylere şiddet uygulama isteğim oldu ve uyguladım
7) Daha önce görülmeyen tırnak yeme, saç koparma gibi davranışlarım oldu
8) Sigara ve/veya alkol kullanmaya başladım
9) Diğer(belirtiniz)(.....)

26. Aile içi şiddete maruz kaldıktan sonra yaşadığınız fiziksel ve ruhsal problemlere ilişkin hastaneye başvurdunuz mu?
1) Evet 2) Hayır

27. Evet ise; hastaneye başvuru sonrası ne yaşadınız?
1) Hastanede ameliyat oldum
2) Hastanede ilaç tedavisi gördüm
3) Hastanede psikolojik tedavi gördüm
4) Evde ilaç tedavisi gördüm
5) Diğer(belirtiniz)(.....)

28. Sizce kadın bazı durumlarda şiddeti hakeder mi?
1) Evet (hakeder) 2) Hayır (haketmez)

29. Evet ise; hangi durumlarda şiddet görmeyi haklı buluyorsunuz?
1) Yemeği yaktığımda
2) Eşime veya diğer aile bireylerine karşılık verdiğimde
3) Lüzumsuz para harcadığımda
4) Çocuklarımın bakımını ihmal ettiğimde
5) Cinsel ilişkiyi reddettiğimde
6) Diğer(belirtiniz)(.....)

Ek-2

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı seçmeniz gerekmektedir.

1
- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

■ (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
■ (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 ■ (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
■ (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
■ (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
■ (3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 ■ (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
■ (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
■ (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
■ (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12 ■ (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum
■ (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
■ (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
■ (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 ■ (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
■ (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
■ (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
■ (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 ■ (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
■ (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
■ (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
■ (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 ■ (0) Uykum her zamanki gibi.
■ (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
■ (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
■ (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 ■ (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
■ (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
■ (2) Her şey beni yoruyor.
■ (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 ■ (0) İştahım her zamanki gibi.
■ (1) Eskisinden daha iştahsızım.
■ (2) İştahım çok azaldı.
■ (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 ■ (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
■ (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
■ (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
■ (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 ■ (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
■ (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
■ (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
■ (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 ■ (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
■ (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
■ (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
■ (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 ■ (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
■ (1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
■ (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
■ (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam skor:.....

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

001304 13.01.2009

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

.../.../2009

VALİLİK MAKAMINA

Ankara Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Serap ÜNAL tarafından **"Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 Nolu Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Arasında Aile İçi Şiddet Gören ve Görmeyen Evli Kadınların Back Depresyon Ölçeğine Göre Karşılaştırılması"** konulu araştırmanın yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü

OLUR
12.01.2009

Dr. Celal DİNÇER
Vali a.
Vali Yardımcısı

Eğitim Şube Müdürlüğü
Bağdat Cad No : 16 Macunköy-Yenimahalle-Ankara
Tel : 0 312 385 97 00 /11 21 - 11 23 - 11 24 - 1396 - 1400
Ayrıntılı bilgi için irtibat : R. DOĞAN Dah. Tel 13 96
Faks : 0 312 385 97 00 / 13 97

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

001554 . 14.01.2009

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

GÖLBAŞI KAYMAKAMLIĞINA
Sağlık Grup Başkanlığı

Ankara Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Serap ÜNAL tarafından **"Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 Nolu Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Arasında Aile İçi Şiddet Gören ve Görmeyen Evli Kadınların Back Depresyon Ölçeğine Göre Karşılaştırılması"** konulu araştırmanın yapılabilmesi ile ilgili Valilik Makamının 13/01/2009 tarih ve 1304 sayılı Oluru ekte gönderilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. S. Rahmi ACAR
Vali a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Valilik Oluru (4 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği :
Gölbaşı Sağlık Grup Başkanlığı

Bilgi :
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağ. ABD

Eğitim Şube Müdürlüğü
Bağdat Cad. No : 16 Macunköy-Yenimahalle-Ankara
Tel : 0 312 385 97 00 /11 21-- 11 23 – 11 24 - 1396 – 1400
Ayrıntılı bilgi için irtibat : R. DOĞAN Dah. Tel 13 96
Faks : 0 312 385 97 00 / 13 97

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, ANKARA UNIVERSITY
ANKARA-TÜRKİYE
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 no'lu sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda beck depresyon ölçeği depresif öğe yükü
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Serap Ünal
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BİLGİLER	Belge Adı	Değişiklik No. / Tarihi	Dili
	PROTOKOL		
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU		
	OLGU RAPOR FORMU		

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 152-4758	Tarih: 25 Mayıs 2009
	Araştırma protokolüne tamamen uyulmak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve Yönergenin 11/h maddesi gereği sorumluluk araştırıcılara ait olmak üzere anket çalışmanın yürütülmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oybirliği ile karar verildi.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İmza
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ayhan Başkan	Farmakoloji	Ankara Tıp Fakültesi	E	
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu Başkan Yardımcısı	Çocuk Psikiyatrisi	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Özden Palaoğlu Sekreter	Farmakoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	

Süleyman KARATAŞOĞLU
A.Ü. Tıp Fakültesi
Akademik Büro

Prof. Dr.Handan Onur Üye	Tıbbi Onkoloji	Ankara Tıp Fakültesi	E	
Prof.Dr. Ajlan Tükün Üye	Tıbbi Genetik	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof.Dr. Esra Erden Üye	Patoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Aydan İkincioğulları Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Ethem Geçim Üye	Genel Cerrahi	Ankara Tıp Fakültesi	E	
Prof. Dr. Erdal Onar Üye	Hukuk	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	E	
Prof. Dr. Yasemin Oğuz Üye	Deontoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	Toplantıda
Prof. Dr. Bülent Gümüşel Üye	Farmakoloji-Eczacı	Hacettepe Üniv. Eczacılık Fakültesi	E	TOPLANTIDA
Doç.Dr.Aslıhan Avcı Üye	Biyokimya	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Gülsüm Aslan	Sağlık Mesleği Dışı	Emekli	K	

Bünyamin KARATAŞOĞLU
A.Ü. Tıp Fakültesi
Akademik Büro

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Serap

Soyadı: Ünal

Doğum Yeri ve Tarihi: Merkez / Kırşehir 20.08.1983

Uyruğu: T.C. Vatandaşı

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi: serapu@ankara.edu.tr

II- Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Yabancı Dili:-İngilizce

2002-2006 Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu

1997-2001 Dr. Şerafettin Tombuloğlu Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (Lise)

1994- 1997 Dr. Şerafettin Tombuloğlu Lisesi (Orta Öğretim)

1990-1994 Atatürk İlkokulu

III- Ünvanı

Yüksek Hemşire

IV- Mesleki Deneyim (Kurum ve Yıl)

Başkent Üniversitesi Hastanesi Dahiliye servis hemşireliği 2006

Bayındır Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi servis hemşireliği 2007