

## GİZLİ SAĞLIK SORUNU: EV İÇİ ŞİDDET VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI \*

Havva TEL\*\*

### ÖZET

*Şiddet, bir kişi tarafından bir başkasına fiziksel acı vermek veya yaralamak amacıyla yapılan, kabul görmeyen davranışları içermektedir. Şiddet sivil çatışma ve savaşlar dışında kişiler arasında veya bireyin kendine yönelik olabilmektedir. Şiddet davranışı çocuk suistimali ve ihmali, okulda veya iş yerinde kaba kuvvet kullanmak, kadına yönelik şiddet, tecavüz, yaşlı suistimali, adam öldürme gibi birçok şekilde olmaktadır. Ev içi şiddet kişilerarası ilişkilerde belirgin bir gerginlik ve tehditle başlayan, çoğunlukla kadına, erkeğe, bazen çocuklara yönelik zarar verici davranışlar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ev içi şiddet gizli tutulmasına rağmen önemli bir sağlık sorunudur. Ev içi şiddet, mağdurun sağlığı üzerinde çok ciddi ve olumsuz etkiler yapmaktadır. Bireyin sağlık sorunları toplumun sağlığına yansımakta, bu nedenle şiddet bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet sektörünün ve toplumun yakın işbirliği içinde çalışması ve şiddeti önlemesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe hemşireler toplumda bireylere en yakın çalışan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşireler toplumda şiddetin azaltılmasında, şiddeti önleme, şiddetten korunma ve şiddete erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada daha etkin rol alabilirler.*

**Anahtar Sözcükler:** *Şiddet, ev içi şiddet, şiddeti önleme, hemşirelik.*

### SUMMARY

#### **Hidden health problem; domestic violence and nursing interventions**

*Violence contains unacceptable treatments by a person to others, which aim to hurt or injure them. Except civil clashes or wars, violence might be among individuals or be directed to one's own. Violence can mostly be seen as child abuse and negligence, use of force at school or work, violence to women, rape, negligence of the old and murder. Domestic violence begins with a significant tension and threat, and continue a harmful behaviour mostly for a wife, husband or children. Although domestic violence has been kept in secret it is an important health problem. Domestic violence has very serious and harmful effects on the health of victim. Since an individual's health problems are transmitted to community health, it becomes a problem for society. In handling of violence, the sectors of health, security and the society should be in cooperation and the violence should be prevented. In the health sector, nurses are the one's who work closest to the individuals. Thus nurses can undertake an active role in forming a culture with no violence by reducing violence and early intervention .*

**Key Words:** *Violence, domestic violence, prevented of violence, nursing*

### GİRİŞ

Günümüzde toplumsal yaşamın tüm alanlarında, bütün ırk ve kültürlerde yaygın olarak görülen şiddet, bireylere fiziksel ve/veya psikolojik açıdan zarar veren fiziksel, duygusal ve cinsel davranış olarak tanımlanmaktadır. Kabul görmeyen davranışları içeren şiddet, sivil çatışma ve savaşlardan kişiler arasında veya bireyin

kendine yönelik olarak değişen özelliklerde geniş bir yelpaze içerisinde gerçekleşmektedir ( Baltaş1996; Dijulio 1998; Erdem ve Üstün 1997; Yurdakul 1996 ).

Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmektedir. Şiddet ailede çocuk suistimali ve ihmali, kadına yönelik şiddet, tecavüz, yaşlı suistimali, okulda veya iş yerinde kaba kuvvet kullanma /

\* 12-18 Mayıs 2001, Sivas, Hemşirelik Haftası Etkinliklerinde sunulmuştur,  
\*\* Yard. Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,Sivas

zorbalık, adam öldürme gibi birçok şekilde olmaktadır (ICN 2001; Littrel ve Littrel 1998).

Şiddetin evde aile içinde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Aile içi şiddet, aile bireylerinin en az birinin diğer bir aile bireyine veya bireylerine karşı fiziksel veya seksüel güç kullanması sonucu fiziksel ve duygusal zararların ortaya çıktığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Dijulio 1998; ICN 2001). Ailedeki şiddet aile bireyleri arasındaki ilişkilerde belirgin bir gerginlik ve tehditle başlamakta, genellikle çocuğun fiziksel ve duygusal suistimali, çocuk ihmali, eşi dövme, tecavüz ve yaşlının suistimali şeklinde görülmektedir. Aile içi şiddet mağdurları genellikle kadınlar, çocuklar ve yaşlı bireyler gibi hassas ve güçsüz aile bireyleridir (Parker, Campbell 1991).

Amerika'da aile içi şiddetin diğer suçlardan daha fazla görüldüğü ve her 15 saniyede bir aile içi şiddet olgusu yaşandığı, her yıl 2-4 milyon kadının eşi tarafından dövüldüğü, bunların 2000-4000'inin yaralanma sonucu öldüğü, 1.4 milyon çocuğa en az bir aile bireyi tarafından şiddet uygulandığı belirtilmektedir. Bebeğe yönelik şiddetin doğum sonrası ölümlerin başta gelen nedenlerinden birisi olduğu, Amerika'da bu oranın yıllık 1-2 milyon olduğu saptanmıştır. Kardeşler arası şiddetin ise ev içi şiddetin en yaygın ve bilinmeyen şekli olduğu belirtilmektedir (Dijulio 1998; ICN 2001; Merrell 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997).

Ev içi şiddette tekrarlı ve şiddeti giderek artan bir saldırı vardır, daha çok kadına yöneliktir. Tüm kadınların 1/3'üne belli bir zamanda eşleri tarafından şiddet uygulanmaktadır. Kadına eşi, partneri tarafından yapılan şiddetin yaygınlığına ilişkin veriler az olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde kadına yönelik şiddetin yaygın olduğu saptanmıştır. Örneğin dört kıtada 24 ülkede yapılan 40 kalitatif çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %20-50'si erkek partnerleri tarafından fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir ( ICN 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997 ). Türkiye'de bu konuda yeterli istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Ancak bu Türkiye'de kadına yönelik ev içi şiddet olmadığı anlamına gelmemektedir. Milliyet Gazetesi'nde 1985'te yayınlanan SIAR kamuoyu

araştırmasına göre Türkiye'de yaşayan kadınların %72'sinin eşleri tarafından dövüldüğü, 1988'de ülkemizde PİAR tarafından yapılan bir çalışmada da evli her dört kadından birinin dayak yediği belirtilmektedir ( Arın 1996; Demir 1997 ).

Türkiye Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı bir çalışmada, her üç erkekten birisi eşine fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir ( Işık 2002 ). Kadın Dayanışma Vakfı tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmada ise erkeklerin eşlerine sözel (%74) ve fiziksel şiddet (%54) uyguladıkları saptanmıştır (Asena 1998). Ülkemizde ev içi şiddet mağdurlarına hizmet veren sosyal hizmetler müdürlüğüne bağlı toplam sekiz kadın konukevinde 1998- 2001 arasında ev içi şiddet mağduru 2978 kadın ve 2498 çocuğa hizmet verildiği belirtilmektedir (Kadın Konukevleri 2002 ).

Görüldüğü gibi ev içi şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmekte ancak şiddet yaşantısı doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddet evde gizli tutulduğu için şiddet yaşayan birey genellikle şiddet sonucu oluşan travmalar ve diğer sağlık sorunları ile hastaneye başvurmaktadır. Hastanelerin acil servisine gelen kadınların %22-35'ini ev içi şiddet sonucu yaralanmış kadınlar oluşturmaktadır (Arın 1996; Demir 1997; Shea, Mahoney, Lacey 1997). Şiddete uğrayan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularında şiddeti dile getirmemeleri, başvuru yakınmalarında yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, nefes darlığı ve pelvik ağrı gibi somatizasyon belirtilerinin olması, bu belirtilerin genellikle şiddetle ilişkilendirilmemesi şiddetin gözden kaçmasına ve sessiz kalmasına neden olmaktadır (Rasime,Fidancı 2000). Bu nedenle hastane başvurularında şiddet tanımlanmasa, şiddetin fiziksel bulguları saptanmasa bile somatik yakınmaların dikkate alınması, bu bireylere psikiyatrik konsültasyon istenmesi şiddet yaşantısının ortaya çıkmasına, belgelenmesine, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gerçekleşmesine katkı vermesi açısından önemlidir.

Ev içi şiddete tanık olma veya şiddet mağduru olma her yaştaki aile bireyini çok yönlü etkilemektedir.

Aile içi şiddetin farklı yaş grubundaki bireyler üzerindeki etkileri şu şekilde olmaktadır;

Çocukta; okul başarısızlığı, depresyon, post travmatik stres bozukluğu, somatik yakınmalar, düşük benlik saygısı, fobi, antisosyal davranışlar, sinirlilik, içe kapanma, anksiyete, uyum sorunları, enürezis, agresif söz ve davranışlar,

Adölesanda; okul başarısızlığı, ilişki kurmada güçlükler, hırsızlık ve soygun girişimleri, şiddet davranışında artma, evden kaçma gibi davranışsal sorunlar,

Yetişkinde; post travmatik stres bozukluğu, bedeni üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, madde kötüye kullanımı, para harcama, kumar gibi tekrarlı veya dürtüsel davranışlar, somatik yakınmalar, depresyon, intihar düşünceleridir (Demir 1997; Dijulio 1998; ICN 2001; İçi, Öğün, Özcan 1995; Littrel ve Littrel 1998; Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu 1994 ).

Şiddet yaşantısı özelde bireyin sağlığını, yaşama hakkını ve insan haklarını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, parasal kayıpların ötesinde toplumun üretken bireyinin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu nedenle şiddet, türü ne olursa olsun hoşgörü gösterilmemesi gereken sosyal bir suç ve bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Dijulio 1998; ICN 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997).

### **Şiddet nedenleri**

Şiddetin ortaya çıkmasında, toplumun şiddete hoşgörü göstermesi, şiddetin kuşaklararası sürmesi, çocuğun sosyal öğrenme yoluyla ailedeki şiddet davranışını rol model alması, çocuk eğitiminde dayanın yaygın olarak kullanılmasının kabul görmesi, şiddet içerikli filmler ve video oyunları, şiddet resimli çocuk kitapları, rap müzikte şiddet temaları, özellikle kadına şiddetin uygulandığı porno filmleri, ev içi şiddetle ilgili bazı mitler, bireylerin stresörlerle başetme, problem çözme becerisinin yetersiz olması, öfke ifadesinde şiddete alternatif geliştirememiş olması, iletişimde başarısız olması etkili

faktörler olarak gösterilmektedir. Bunun yanında hızlı kentleşme, parçalanmış aile, yoksulluk, işsizlik, kültürel değişimler, göçler, yoksunluk, yetki kaybı, korku, kendini güvende hissetmeme gibi durumlarda bireylerin yaşadığı stresle baş edemedikleri ve şiddete yöneldikleri belirtilmektedir (Baltaş1996; Dijulio 1998; Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu 1994).

### **Şiddetin oluşumu ve ortaya çıkması**

Şiddetin oluşumuna ilişkin psikososyal yaklaşımlar şiddetin saldırganlık dürtüsünden kaynaklandığını öne sürmekte, şiddet oluşumunu gelişimsel ve sosyal öğrenme kuramı ile açıklamaktadırlar. Gelişimsel yaklaşımda şiddetin doğuştan varolan bir içgüdü olduğu, dolayısıyla kaçınılmaz olduğu, sosyal yaklaşımda ise bireylerin pek çok saldırgan davranışı başkalarını izleyerek öğrendikleri şiddetin de anne-baba tutumuna bağlı olarak sosyalizasyon sürecinde öğrenildiği belirtilmektedir (Baltaş1996; Dijulio 1998;Merrell 2001 ).

Şiddetin türü ne olursa olsun temelinde bir güç dengesizliği yer almaktadır. Şiddet davranışına başvurmak, bireyin karşısındaki birey üzerinde güç uygulama ve kontrol koyma gereksinimini karşılamaktadır. Aile içi şiddet davranışı, stres ve anksiyete yaşantısına verilen uyumsuz bir tepkidir. Şiddet davranışı stresli bir olayın algılanması ile gerginlik duygusunun ortaya çıkması ve giderek artması ile ortaya çıkmaktadır. Yaşanılan gerginlik iki şekilde sonuçlanmaktadır. Bu sonuçlardan birisi; ortaya çıkan gerginlik / anksiyeteye karşı savunma mekanizmaları geliştirilmekte ancak bu çabalar yetersiz kalmakta, gerginlik, öfke ve saldırgan davranışlar sürmekte ve şiddet davranışı ortaya çıkmaktadır. İkincisi; ortaya çıkan anksiyeteye karşı geliştirilen savunmalar yeterli olmakta, uygun problem çözme yollarının kullanılması ile anksiyete azalmakta ve kontrol edilmektedir (Chez 1994; Dijulio 1998; Parker Campbell 1991,).

Şiddetin klasik ve kısır bir döngüsü vardır. Şiddet döngüsü üç aşamadan oluşmaktadır.

*1-Gerginlik aşaması:* Bireyler arasında sözel saldırı, sürtüşme veya çatışma yaşanması sonucu bir gerginlik ortaya çıkmakta, her iki taraf da gerginliği azalt-

maya çalışmakta, saldırgan birey alkol, ilaç olarak gerginliği azaltmaya çalışırken, hedef birey bir şey yokmuş gibi davranarak gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. Ancak bu çabalar yeterli olmamakta ve gerginliğin yoğunluğu artmaktadır.

*2-Akut eylem aşaması:* Gerginliğin kontrol edilememesi ve artması ile zarar verme davranışı ortaya çıkmaktadır. Zarar verici davranış acımasız ve kontrolsüz bir özellik taşımaktadır.

*3-Balayı aşaması:* Şiddeti uygulayan birey şiddet mağdurundan özür dilemekte, pişman olduğunu, onu çok sevdiğini, ona ihtiyacı olduğunu söylemektedir. Şiddet mağduru da ifade edilenlere ve kendisine tekrar şiddet uygulanmayacağına inanarak yasal arayışlara yönelmemektedir. Bu dönemde gerekli girişimlerde bulunmazsa, bir süre sonra gerginlik tekrar artmakta şiddet döngüsünde birinci aşamaya geçiş olmakta, şiddet daha yoğun bir şekilde yeniden tekrarlanmakta ve kısır döngü devam etmektedir (Arın 1996; Dijulio 1998; ICN 2001; Parker Campbell 1991).

Şiddet, öfke ve gerginlik duygularının dışa vuruk ifadesi olarak ortaya çıkmaktadır. Şiddete yönelmede bireyler yaşadıkları öfkeyi uygun yollarla ifade etme ve etkili problem çözme yöntemlerini bilmediklerinden karşıdaki bireye sözel, fiziksel saldırma, kaba kuvvet kullanma gibi olumsuz baş etme yolları kullanmaktadır. Oysa insanlar çocukluktan itibaren öfkelerini saldırgan olmadan ifade etmeyi ve stresle başetmeyi öğrenerek, öfkenin şiddete dönüşmesine fırsat vermeden sorunlarını sağlıklı şekilde çözümlerler ( Erdem ve Üstün 1997; Yurdakul 1996 ).

### **Şiddet çeşitleri**

*Fiziksel şiddet;* fiziksel tehlike, fiziksel güç kullanmayı ve dayağı içerir. Fiziksel şiddet vurma, fırlatma, tekmeleme, yakma gibi bireyde ciddi fiziksel yaralanmalara neden olan tehlikeli davranışları, fiziksel saldırıları içerir.

*Duygusal şiddet;* sözel saldırı veya tehditlerle bireyi yıldırma, alay etme, küçümseme, yüksek sesle veya

gizlice öfke ve kinini yöneltme, bireyin gereksinimlerini ve bireyi sürekli ihmal etmedir.

*Cinsel şiddet;* bireyi isteği dışında baskı ya da güç kullanarak cinsel aktiviteye zorlama, zorla öpme, dokunma gibi fiziksel temas, cinsel içerikli sözel fantezilerin kullanılması durumlarıdır.

*Maddi şiddet;* hakların istismar edilmesi, sosyal ilişkinin kısıtlanması, para ya da malın kötüye kullanılması veya çalınmasıdır.

Fiziksel şiddet dışında tüm şiddet türleri de belirli bir süre sonra fiziksel şiddetle sonuçlanmaktadır ( Demir 1997; Dijulio 1998; Erdem ve Üstün 1997; ICN 2001).

### **Ev içi şiddete yaklaşım**

Ev içi şiddet uzun yıllar anlaşılmamış, genellikle bireylerin sorunu olarak değerlendirilmiş ve gözardı edilmiştir. Oysa sağlıklı bir toplumdan söz edebilmenin ilk koşulu toplumun temel birimi olan ailenin sağlıklı olmasıdır. Ev içi şiddete profesyonel yaklaşım geliştirilmesinde 1960'lı yıllardaki kadın hareketleri ve çocuk suistimalleri ile ilgili çalışmalar oldukça etkili olmuştur (Demir 1997; ICN 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997). Kadına yönelik şiddet ilk kez 1975 yılında Meksika'da toplanan "Uluslararası Dünya Kadınlar Konferansı"nda dile getirilmiştir. Birleşmiş Milletler "Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiyesi Sözleşmesi" ni ( CEDAW ) 1981 yılında imzaya açmıştır. Türkiye bu sözleşmeyi 1985 yılında, kadına yönelik şiddetin önlenmesi sözleşmesini de 1993 yılında imzalamıştır ( Tavuz 2002 ).

Ev içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, aile sağlığının bozulmasına neden olmakta, ailenin sağlığındaki aksama da toplumun sağlığına yansımaktadır. Ayrıca ev içi şiddetten zarar gören bireylerin fiziksel, ruhsal tedavileri için yapılan harcamalar toplum ekonomisini etkilemekte ve şiddet durumu toplumsal, ekonomik kalkınma için bir engel oluşturmaktadır ( Demir 1997; ICN 2001). Bu özellikleri nedeniyle ev içi şiddet yalnız bireyi değil, bireyle birlikte aileyi ve toplumu da çok yönlü etkileyen

bir sağlık sorundur ve önlenmesi sektörlerarası işbirliği ile çalışmayı gerektirmektedir.

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birindeki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir. Bu nedenle şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin, polisin ve adli personelin şiddetin ne olduğu, nelerin şiddet sayılacağı, şiddet mağduruna yaklaşım, şiddetin tedavisi ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir (Arın 1996; Dijulio 1998; ICN 2001.).

Sağlık bakımının temel amacı sağlığı korumak, hastalığı tedavi etmek, sakatlığı önlemek, ortaya çıkan problemi çözmek olmasına rağmen sağlık personelinin şiddeti tanımada, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olamadığı görülmektedir. Uzun yıllar şiddet sağlık sektörü dışında görülmüş, sağlık personelinin pek çoğu ev içi şiddetin sağlıkla ilgili olmadığına, sosyal bir konu olduğuna bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiğine inanmıştır (Dijulio 1998; ICN 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997).

Ayrıca sağlık personelinin algı ve değerleri de şiddetin ele alınmasını etkilemiştir. Sağlık personeli de şiddetin uygulandığı toplumun bir bireyidir ve şiddet durumu ile karşılaştığında zihninde taşıdığı inançlara bağlı olarak öfke, şaşkınlık, keder, elem gibi duygular yaşayabilmekte, yaşadığı duygular şiddete yaklaşımını etkileyebilmektedir. Sağlık personelinin bu duyguları yaşaması doğaldır, ancak sağlık personelinin şiddeti ele almadan önce kendi duygularının farkında olması, bu duygularını kontrol etmesi, objektif olması, duygularını uygulamalarına karıştırmaması gerekmektedir (Dijulio 1998; Littrel ve Littrel 1998 ).

Sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları şiddetin yer aldığı evlerde ve diğer ortamlarda şiddetle ilgili bilgileri bilmeli ve şiddet döngüsünü kırmalıdır. Toplum sağlığı hemşireleri şiddet mağdurlarının ilk iletişim kurdukları, temel yardım kaynağı konumundadırlar. Ev içi şiddet çoğunlukla gizli tutulduğu için hemşirenin şiddetin farkına varması ve şiddet olasılığını değerlendirmesi sorunu ortaya

lendirmesi sorunu ortaya çıkarmada önemlidir. Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda ev içi şiddete yaklaşımda sağlık personelinin yaklaşımları birincil, ikincil, üçüncül koruma basamakları çerçevesinde ele alınmaktadır (Dijulio 1998; ICN 2001; Merrell 2001;Parker, Campbell 1991).

**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. Ev içi şiddet için birincil koruma stratejileri;

- Risk faktörlerini belirleme,
- Bireyin yaşadığı gerginliği azaltma,
- Sosyal desteği artırma, (kimlerle paylaşabilir, kimlerden yardım alabilir),
- Bireyin başetme becerilerini artırma,
- Yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlama ( daha sağlıklı, daha iyi problem çözme, atılğan davranma),
- Benlik saygısını artırma (insan olarak değerli olduğu, önemli olduğu duygusunu ortaya çıkarma) gibi girişimleri içermektedir.

Bu stratejileri gerçekleştirmede halk sağlığı personeli önemli bir konumdadır. Halk sağlığı hemşiresinin 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.

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretlerinde ailenin fonksiyonlarını değerlendirir, aile bireylerine yaşadıkları güçlükler ve krize müdahalede danışmanlık yaparak şiddeti önlemeye yardım eder. Aile ile birlikte çalışma, aileye içinde bulunduğu koşullar ve geleceğe ilişkin rehberlik yapma aile içi şiddeti önlemede önemli bir katkıya sahiptir. Örneğin; ailede rol ve sorumlulukların paylaşılmasında yapılan rehberlik aile ilişkilerinde zorlanma, şiddet veya suistimal olasılığını önleyebilir.

Hemşireler okullarda, iş yerlerinde ve toplumda aile üyelerine; aile üyeleri arasında bireysel farklılıklara saygılı olmayı, ilişkilerde çatışmaların doğal olduğunu, çatışma çözüm yollarını, çatışma çözümlerinde uzlaşmanın önemini içeren eğitim programları yürütebilirler. Ortaokul ve liselerdeki aile yaşamı ve cinsel eğitim derslerinde yer alabilirler. Orta öğrenimdeki öğrenciler karşı cinsle ilişkiler konusunda bilgi gereksinimi duyarlar, bu konularda uygun ve gerekli bilgi paylaşımları sağlayarak desteklemelidir.

Hemşireler birey ve aileyi destekleyerek aile içi şiddeti azaltmanın yanında, toplum olarak aileyi destekleyen, içsel ve dışsal stresörleri ve haksızlıkları azaltan, çocuk ve yaşlıların yeterli ve uygun günlük bakımını sağlayan, kadınların ekonomik bağımsızlıklarını destekleyen program ve politikalar geliştirmelidir (Dijulio 1998; Merrell 2001; Parker Campbell 1991).

**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 ;

- Şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey / bireyleri ve şiddet kullanan bireyi saptamak,
- Şiddet yönünden bir bulgu saptadığında derhal müdahale etmek,
- Şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını sağlamak,
- Bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmaktır.

Sağlık personeli ev içi şiddet mağdurları ile evde veya hastanenin acil servisinde karşılaşır. Şiddet mağduru bireyler sorunla başetmede yetersiz olduklarını düşünürler ve bu durumu paylaşmak isterler. Ancak suçluluk hissetme, utanma, çözüme ilişkin ümitsizlik, yardım alacağı bireye güvenmeme gibi duygular yaşamaları onların sorunu paylaşmalarını engelleyebilmektedir. Bu nedenle ev içi şiddet mağdurları şiddet yaşantılarını paylaşmayı ertelemekte ve ancak şiddet sonrası ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle hastanelerin acil servisine gelmektedirler. Hastaneye gelen bu bireyler yaşadıkları

ları sorunun ev içi şiddet sonucu ortaya çıktığını doğrudan belirtmediklerinden, durum ev içi şiddet olarak değerlendirilmemektedir. Hastane sağlık çalışanlarının özellikle acil servisindeki sağlık çalışanlarının ev içi şiddeti düşündürdüğü durumları iyi bilmeleri ve saptamaları ev içi şiddetin ele alınmasında büyük önem taşımaktadır (Chez 1994; ICN 2001; Shea, Mahoney, Lacey 1997).

Ev içi şiddet mağdurlarının acil servislere başvurduğu yakınmaları;

- Özellikle yüzde, başta kanayan yaralar,
- Kulak zarı perforasyonu,
- Ciddi çürük ve ezikler,
- Boyunda boğulma izleri,
- Gözde morluklar-yaralanmalar,
- Çene, köprücük kemiği, kollarda, bacaklarda kırık ve çıkıklar,
- Sigara, asit, sıcak su yanıkları,
- Psikolojik travma, anksiyete, hava açlığı, ciddi ağlama nöbetleri,
- İntihar girişimi,
- Düşük tehdidi şeklinde görülmektedir.

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında ev içi şiddetle ilgili ipuçlarını daha iyi gözlemleyebilir. Bu nedenle halk sağlığı hemşiresinin ev ziyaretlerinde ev içi şiddeti düşündürdüğü durumlar, şiddetin belirtileri yönünden dikkatli bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Ev ziyaretlerinde ev içi şiddeti düşündürdüğü durumlar;

- Fiziksel olarak nedeni belli olmayan kronik, belirsiz yakınmalar,
- Nedeni tam olarak açıklanamayan yaralanmalar,
- Ziyaretlerde yeni yakınmaların ortaya çıkması,
- Aşırı kıskanç ve kadının yanından ayrılmasına izin vermeyen bir eşin olması,
- Gebelik süresince fiziksel yaralanmalar, istenmeyen gebelik, işsizlik, iletişim sorunları,

- İntihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü,
- Yaralanma sonrası tedavi almayı erteleme olarak sıralanmaktadır.

Halk sağlığı hemşiresi evde şiddet uygulandığını gösteren verileri saptadığında bu durumu zaman geçirmeden ele almalıdır. Şiddet yaşantısında hem şiddet mağdurunun hem de şiddeti uygulayan bireyin ve ailenin ele alınması gerekmektedir. Çünkü şiddet yaşantısı kişilerarası ilişkilerde yaşanan gerginlik sonucu ortaya çıkan öfkenin uygun ifade edilememesinin bir sonucudur. Bu nedenle her iki tarafın da anlaşılma, yardım gereksinimi vardır. Şiddete yaklaşımda genel ilkelerin bilinmesi ve uygulanması sorunun ele alınmasında büyük önem taşımaktadır. Ev içi şiddete maruz kalan bireylere yaklaşımda genel ilkeler;

#### **Şiddete yaklaşımda yapılması gerekenler**

- Bireyle güvende hissettiği bir ortamda yüz-yüze görüşme
- Bireyin mahremiyetini koruma,
- Şiddet deneyimleri hakkında rutin sorular sorarak şiddet öyküsünü alma,
- Empati yaparak sorunun birey için ne anlama geldiğini kavrama,
- Birey konuşmak istemiyorsa, hazır olduğunda konuşabileceğini söyleme,
- Bireye sahip olduğu tıbbi ve yasal haklarını açıklama,
- Birey hakkındaki bilgi ve kayıtların gizliliğini ve güvenilirliğini sağlama,
- Şiddetin tüm ayrıntılarını ve verilen bakımı anlatan bir kayıt tutmadır.

#### **Şiddete yaklaşımda yapılmaması gerekenler**

- Görüşmeyi güvenli bir ortamda yapmama
- Görüşmede bireyi eleştirme, yargılama,
- Sorulara cevap vermesi için bireyi zorlama,

- Bireye başının belada olduğu veya hatalı olduğu izlenimi verme,
- Şiddetin her evlilikte olduğunu söyleme,
- Kadını şiddetle ilgili yasal yollara yönelmekten vazgeçirmeye çalışma,
- Bireyin mahremiyetini korumama,
- Birey hakkındaki bilgi ve kayıtların gizliliğini ve güvenilirliğini sağlamama,
- Şiddetin tüm ayrıntılarını ve verilen bakımı anlatan bir kayıt tutmamadır.

Şiddete yaklaşımda bu sözü edilen genel ilkelerin yanında hemşire;

1-Şiddet mağdurlarını koruyucu yasaları araştırarak, kadın ve çocukların kendi haklarını kullanarak güçlenmelerine yardım etmelidir (Dijulio 1998; ICN 2001; Parker, Campbell 1991). Ülkemizde ocak 1998'de yürürlüğe giren 4320 sayılı "ailenin korunmasına dair kanun"la aile içi şiddetin cumhuriyet savcılığına bildirilmesi ile şiddetin önlenmesine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Bu kanunla şiddet mağdurları korunmakta ve "koruma kararı"na aykırı davranması durumunda şiddeti uygulayan bireye üç aydan altı aya kadar hapis cezası verilmektedir ( Resmi gazete 1998)

2-Şiddet mağdurlarına toplumda kullanabilecekleri kaynaklar, sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları ile ilgili bilgi vermelidir. Örn: 112 Hızır Acil ve kriz merkezleri, buldukları illerdeki güvenli barınaklar gibi yardım alacağı yerlerin telefon numaraları verilebilir. Şiddete uğrayan kadın kendini güvende hissetmiyorsa kadın sığınma evleri veya kriz merkezlerine başvurabilir. Kadın sığınma evleri, şiddete uğrayan kadınların öncelikle can güvenliğinin sağlandığı mekanlardır. İlk kez 1972 yılında Londra'da kurulmuştur. Kadın sığınma evlerinde benzer yaşantıları olanlarla aynı evi paylaşmanın şiddet mağduru kadınlara baş etme gücü verdiği kabul edilmektedir. Kadın sığınma evlerinin adresi gizli tutularak kadının saldırgan eşten korunması sağlanmakta, eş adresi tespit ederse kadın başka bir sığınağa götürülmektedir (Arın 1996; ICN 2001).

Ülkemizde kadına yönelik şiddetin önlenmesi müdahalesinde sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu (SHCEK)'na bağlı kadın konukevleri önemli yer tutmaktadır. Kadın konukevlerinde kadınların durumlarının incelenmesi, psiko-sosyal, ekonomik ve hukuksal sorunların giderilmesine yönelik ;

- Şiddete uğrayan kadınlarda şiddet sonucu ortaya çıkan umutsuzluk, değersizlik, suçluluk, utanç ve korku gibi duyguların aşılması,

-Özgüven ve özsaygının yeniden yapılması,

-Yeni yaşam seçeneklerini sağlıklı bir biçimde belirleyebilmeleri yönünde psikolojik destek, danışmanlık, hukuksal rehberlik sunulması,

-Kendilerine yeterli olabilecekleri bir iş, meslek edinmelerinde gerekli önlemlerin alınması,

-Aile veya eşle bir araya gelmeyi tercih etmeleri durumunda ailenin şiddet içermeyen bir ortam haline gelmesi ve çocukların şiddetten uzak, sağlıklı bir ortamda yetişmesi için aile ilişkilerinin sağlıklı sürdürülmesinin sağlanması,

-İzleme faaliyetlerinin sürdürülmesi gibi mesleki çalışmalar yapılmaktadır.

Kadın konukevlerine başvurular illerdeki sosyal hizmet müdürlüklerine yapılmaktadır. Kadın konukevlerinde kalmak için sosyal hizmetler müdürlüğüne başvuran şiddete maruz kalmış kadınların şiddet durumunu Cumhuriyet Başsavcılığına yazılı ihbarla bildirmiş olmaları gerekmektedir ( Kadın konukevleri 2002 ).

3-Şiddetin tekrarlama olasılığı dikkate alınarak kadının bir güvenlik planı oluşturmasını desteklemek. Ev içi şiddette güvenlik planı;

- Evde şiddet uygulanıyorsa şiddet mağdurunun bunun değişmeyeceğinin bilincinde olması çevresindekileri şiddet durumundan haberdar etmesi gerekir.

*Ev içi şiddete uğrayan kadın;*

- En yakın emniyet Amirliğine giderek durumu belirten bir tutanak tutturmalı, bu tutanağın bir örneğini kendisi almalı,

- Adli tabibe sevk almalı, adli tabipten şiddetten etkilenim düzeyini belirten bir rapor almalı, ( Bu rapor şiddet uygulayana açılacak davanın şeklini ve cezasını belirleyecektir )

- Her ihtimale karşı kendisinin varsa yanında götürmek istediği çocuğunun kimliklerini, ilk elde giyilecek birkaç parça giysiyi ve bir miktar parayı hemen ulaşılabileceği bir yerde tutmalıdır (Arın 1996; Parker, Champbell 1991)

4-Şiddet yaşantısı bir kriz durumu olduğundan şiddet mağduru ve saldırganı kriz danışmanlık merkezlerine ve sağlık bakımını sürdürmek için sağlık kurumuna yönlendirmelidir. Kriz merkezleri şiddete uğrayan ve bulunduğu yerden tek başına ayrılamayacak kadınların telefonla ulaşabilecekleri hizmet birimleridir. Bu merkezlerde telefon eden kadınların durumlarına göre ya kendilerinin merkeze gitmeleri istenir yada gidemeyecek durumda ise bir araç yada ambulans gönderilerek kadın bulunduğu yerden alınır ve yapılması gereken acil işlemler yapılır (Arın 1996; ICN 2001).

5-Şiddet yaşayan kadınları destekleyen kadın grupları ve diğer resmi ve sivil kurumlarla iletişim kurmalı ve sürdürmeli,

6-Ailedeki bireyleri sorunla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaya cesaretlendirmelidir. Şiddet kullanımı ile ilgili sorunların sadece onlarda olmadığını vurgulayarak şiddetin getireceği zararları aileye açıklamalı, bireyleri bilgilendirmeli, seçenekler sunmalı, problemi çözmek için yardım seçeneklerine aile ile birlikte karar vermeli,

7-Şiddet uygulayan birey hakkında kayıt tutmalı ve onunla ilgili bilgi vermesi için toplumun, tanıkların katılımı sağlamalı,

8-Şiddeti uygulayan bireyi de ele almalıdır. Şiddete başvuran bireyler çoğunlukla problemin çözümüne ilişkin başka bir yol bilmeyen ve öfkelerini kontrol edemeyen bireylerdir. Bu bireylere kendini uygun şekilde ifade etmesi, öfkelerini sağlıklı kontrol edebilmeleri öğretilirse ve sorun çözme becerisi geliştirilirse bireylerin şiddete başvurmaktan vazgeçtikleri görülmektedir (Dijulo 1998; ICN 2001; Parker, Campbell 1991).

**Üçüncül koruma:** Birey ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon süreci kolaylaştırılır. Şiddet mağduruna grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir ( Demir 1997; Dijulio 1998; ICN 2001; Parker, Campbell 1991 ).

Şiddet karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle evde, toplumda şiddeti önleme ve şiddeti azaltmada "şiddete hoşgörü göstermeyen" bir anlayışın oluşturulması, her bireyin şiddete son verme yönünde sorumluluk alması ve çaba göstermesi önemlidir. Hemşireler evde, hastanede, sahada, okullarda, iş yerinde kısacası toplumun tüm alanlarında bireylerle en yakın çalışan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşireler bireylerin öfkelerini tanımalarına, öfkeyi uygun yolla ifade etmelerine ve stresle etkin başetme yollarını öğrenmelerine yardım ederek toplumda şiddetin azaltılmasında güçlü bir etki oluşturabilirler.

## KAYNAKLAR

**Arın C** (1996 ) Kadına yönelik şiddet , COĞİTO,6-7, s:305-311.

**Asena D** (1998) Sözel, duygusal, fiziksel, cinsel şiddet....., [www.milliyet.com.tr/ekler/gazete-Pazar/7981129/yazar/asena.html](http://www.milliyet.com.tr/ekler/gazete-Pazar/7981129/yazar/asena.html).

**Baltaş Z** ( 1996) Bir sağlık sorunu olarak şiddet. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı. İstanbul. Pastel Matbaası. s.213-220.

**Chez N** (1994) Helping the victims of domestic violence, American Journal of Nursing, 7:33-37.

**Demir S** (1997) Aile İçi Şiddetin Çocuk Açısından Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

**Dijulio KS** (1998) Families in Crisis: Family Violence: Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing, EM Varcaloris (Ed), St. Louis, WB Saunders Company, s: 387- 437.

**Erdem Y, Üstün B** (1997) Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları şiddet durumları: gözden geçirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4 ( 2 ): 99-109.

**ICN ( 2001)** Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses' Day 2001. Anti-Violence Tool Kit

**Işık N** (2002) Kadına yönelik şiddetin maliyetini kim ödüyor, [www.kadın.tr.net/ kiskosesi/nisik-15nisan.shtml](http://www.kadın.tr.net/kiskosesi/nisik-15nisan.shtml).

**İçli TG, Öğün A, Özcan N** (1995) Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu, Ankara, Bizim Büro Basımevi, s 11-21.

**Kadın Konukevleri** (2002)Web: <http://www.shcek.gov.tr/dosyalar/aile-kadin-toplum/kkonukevleri.htm>.

**Kanun No: 4320** (1998) Ailenin korunmasına dair kanun, 23233 sayılı Resmi Gazete.

**Littrel KH, Littrel SH** (1998) Current understanding of violence and aggression: assesment and treatment, Journal of Psychosocial Nursing, 36 (129):18-24.

**Merrell J** (2001) Social support for victims of domestic violence, Journal of Psychosocial Nursing, 39 (11): 30-35.

**Parker B, Campbell JC** (1991) Care of Victims of Abuse and Violence: Principles and Practice of Psychiatric Nursing, GW Stuart (Ed), St.Louis, Mosby Year Book, s:906-923.

**Rasime Ş, Fidancı K** (2000)Kadına yönelik şiddet, [www.saglik.tr.net/genel-kys.shtml](http://www.saglik.tr.net/genel-kys.shtml)

**Saçaklıoğlu F, Çiçeklioğlu M** (1994) Kadına yönelik şiddetin sonuçları ve çözüm yolları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kitabı, s 207-209.

**Shea CA, Mahoney M, Lacey JM** (1997), Breaking through the barriers to domestic violence Intervention. American Journal of Nursing, 97 (6):26-34.

**Tavuz Ş** (2002) Şiddeti ve ayrımcılığı sorguladık, [www.izmirbarosu.org.tr/bulten/130-13.htm](http://www.izmirbarosu.org.tr/bulten/130-13.htm).

**Yurdakul M** (1996 ) Kadın istismarı, şiddet ve hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3 (1): 52-60.