T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN AİLEDE KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel KIYAK

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

KONYA–2008

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN AİLEDE KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel KIYAK

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 07/03/2008 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği* ile kabul edilmiştir.(S.B.E. Yön. Kur. Karar tarih ve No: .....)

Tez Jürisi : Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

Üye Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN

Üye Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**

KISALTMALAR……**iii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**

1. GİRİŞ.....**1**

2. LİTERATÜR BİLGİ **5**

2.1.Şiddetin Tanımı ve Özellikleri.....5

2.1.2. Şiddet Döngüsü.....7

2.1.3. Tutum Kavramı ve Şiddete Karşı Tutum 8

2.2. Aile İçi Şiddet.....10

2.2.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.....11

2.2.2 Ailede Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri.....17

2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi 18

2.3.1. Yasal Önlemler 18

2.3.2. Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddette Hemşire ve Ebenin Rolü.....24

3. MATERYAL VE METOT **29**

3.1. Araştırmanın Tipi.....29

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....29

3.3. Araştırma Evreni ve Örneği.....29

3.4. Veri Toplama Araçları.....29

3.4.1.Hemşire ve Ebeleri Tanıtıcı Bilgi Formu 29

3.4.2.Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek..... 30

3.4.3. Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği.....32

3.5. Ön Uygulama.....33

3.6. Verilerin Toplanması.....33

3.7. Değişkenler 33
3.8.Terminoloji Tanımlanması 34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 34
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları 35
3.11.Araştırmanın Amacı ve Hipotezler 35
3.12. Araştırmanın Etiği 36
3.12.1. Onam Formu 36
4. BULGULAR 37
4.1.Hemşire ve Ebelere Ait Tanımlayıcı Bulgular 37
4.2.Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaları İle İlişkili Bulguları 50
4.3.Hemşire ve Ebelerin Eş Dövmeye İlişkin Tutumları İle İlişkili Bulguları 54
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 61
5.1. Hemşire ve Ebelere Ait Tanımlayıcı Özellikler 61
5.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaları ve İlişkili Durumların İncelenmesi 65
5.3. Hemşire ve Ebelerin Eş Dövmeye İlişkin Tutumları ve İlişkili Durumların İncelenmesi 71
6. ÖZET 80
7. SUMMARY 81
8. KAYNAKLAR 82
9. ÖZGEÇMİŞ 90
10. TEŞEKKÜR 90
11. EKLER 91
EK 1. Hemşire ve Ebeleri Tanıtıcı Bilgi Formu 91

EK 2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (The Scale for Recognizing the Signs of Violence Against Woman by Nurses and Midwifes) 94

EK 3. Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (The Scale For Attitudes Toward Wife Beating) 96

EK 3. Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi 98

KISALTMALAR

HEKYŞBTÖ Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek

HEKYŞBT Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma

EDİTÖ Eş dövmeye ilişkin tutum ölçeği

EDİT Eş dövmeye ilişkin tutum

EDKE Eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması

EDKH Eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması

EDKS Eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması

EDES Eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.4.2.1. Toplamda ve alt boyutlarda madde sayısına göre yeterlilik durumları 31

Tablo 4.1.1. Hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı 37

Tablo 4.1.2. Hemşire ve ebelerin evlilik özelliklerine ve eş eğitimi durumlarına göre dağılımları 38

Tablo 4.1.3. Hemşire ve ebelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları 39

Tablo 4.1.4. Hemşire ve ebelerin şiddet öykülerine göre dağılımları.....40

Tablo 4.1.5. Hemşire ve ebelerin mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşma durumları ve yaptıkları uygulamalara göre dağılımları 40

Tablo 4.1.6. Hemşire ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görme ve yeterli bilgiye sahip olma konusunda düşüncelerinin dağılımı 41

Tablo 4.1.7. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımı.....41

Tablo 4.1.8. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet beliertilerini tanımalarına ilişkin fiziksel ve duygusal alt ölçek ve toplam ölçek üzerindeki puanlarına göre bilgi düzeyinde yeterlilik durumlarının dağılımı.....42

Tablo 4.1.9. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı.....43

Tablo 4.1.10. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı.....44

Tablo 4.1.11. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum ölçeğinin alt ve toplam ölçek puan ortalamalrına göre dağılımı.....45

Tablo 4.1.12. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması boyutuna göre dağılımları.....46

Tablo 4.1.13. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması boyutuna göre dağılımları 47

Tablo 4.1.14. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması boyutuna göre dağılımları 48

Tablo 4.1.15. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması boyutuna göre dağılımları. 49

Tablo 4.2.1. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma puanlarının mesleki özelliklere göre dağılımı.....50

Tablo 4.2.2. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı 51

Tablo 4.2.3. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmaları, ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görmeleri ve yapılacak uygulamalar konusundaki düşüncelerine göre dağılımı.....53

Tablo 4.3.1. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı 54

Tablo 4.3.2. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum puanlarının evlilik özellikleri ve eş eğitimine göre dağılımı 56

Tablo 4.3.3 Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum puanlarının mesleki özelliklerine göre dağılımı 57

Tablo 4.3.4. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı.....58

Tablo 4.3.5. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutum puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmalarına göre dağılımı.....59

1.GİRİŞ

Şiddet fiziksel güç veya konumun kasıt içeren bir tehdit veya gerçek olarak bir başkasına uygulanması sonucunda hedef alınan bireyde yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açan ya da neden olma olasılığı bulunan durum olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002). Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmekle birlikte özellikle evde ve aile içinde daha sık görülmektedir (ICN 2001). Aile içi şiddete maruz kalanların genelde kadınlar, çocuklar ve yaşlılar olduğu bildirilmektedir (Turla 2006, Carson 2000, Yıldırım 1998). DSÖ (2002)'nün bildirdiğine göre, şiddet en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşanmaktadır. Aile içinde yaşanan şiddet tüm üyeleri (anne, baba, çocuk ve varsa diğerlerini) etkileyen, çeşitli psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan özel bir sorun olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır (Turla 2006, Yıldırım 1998).

Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi kadına yönelik şiddeti; " ister kamusal ister özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan, cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" (1.Madde) şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımın son yorumlamalarına "kurbanı ekonomik ihtiyaçlardan yoksun bırakmak" da dahil edilmiştir (Pekin Deklerasyonu 2005).

Mısır'da kadınların % 35.0'inin evlilikleri süresince en az bir kez eşlerinden şiddet gördüğü, Bolivya'da 20 yaş ve üzerindeki tüm kadınların son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kaldığı ve Birleşmiş Milletler'in kadına yönelik şiddet raporlarına göre 1999'da ABD'de aile içi şiddete maruz kalan kurbanların % 85.0'inin kadınlar olduğu belirtilmiştir (Uluslararası Af Örgütü 2004). Türkiye'de Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1994)'nun yaptığı bir araştırmaya göre; ailelerin % 34.0'ünde fiziksel şiddet, % 53.0' ünde sözel şiddete rastlandığı, cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranının % 9.0 olduğu bildirilmiştir. Yanıkkerem (2002)'in çalışmasında evli kadınların % 37.7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı, % 40.5'inin eşlerince cinsel ilişkiye zorlandığı ve % 41.4'ünün ise eşleri tarafından aşağılandığı belirtilmektedir. Altun (2006)'nun yaptığı çalışmada, kadınların % 47.2'sinin aile içinde fiziksel şiddet gördüğü ve şiddete maruz kalan kadınların % 80.0'inin yapacak bir şey olmadığına inandıkları bulunmuştur.

Şiddete ilişkin tutumlar toplumda şiddetin yaygınlaşması ve devam etmesinde önemlidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003)'na göre, kadınların kocasına karşılık vermesi (% 29.0), parayı lüzumsuz yere harcaması (% 27.0), çocukların bakımını

ihmal etmesi (% 23.0) ve yemeği yakma (% 6.0) durumunda kocanın karısını dövmesinde haklı olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Vatandaş (2003)'ın çalışmasında, katılımcıların % 25.3' ü bir erkeğin eşine şiddet uygulamasının "haklı gerekçesi" olabileceğini ifade etmiş, erkek katılımcıların % 38.3'ü, kadınların ise % 16.2'si bu görüşte olduğunu belirtmişlerdir.

Aile içinde şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün ve aile sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Ailenin sağlığındaki bozulmanın toplum sağlığına yansıyan önemli sonuçları olabilecektir. Evde şiddet yalnız şiddete uğrayan bireyi değil, bireyle birlikte aileyi ve toplumu da çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunudur ve önlenmesi sektörler arası işbirliği ile çalışmayı gerektirmektedir (Tel 2002). 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, şiddete maruz kalana yaklaşım ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir (Christofides ve Silo 2005, Tel 2002, ICN 2001, Williamson 2000).

Sağlık kurumları yaşamlarının bir noktasında her kadınla etkileşime geçme fırsatı bulabilmektedir. Bu nedenle sağlık personeli şiddete maruz kalanları belirlemek ve onlara yardım etmede önemli bir gruptur (Turla 2006, Haggblom ve Möller 2005, Lazenbatt ve ark 2005, Salaçin 2005, Corbally 2001, Williamson 2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile içi şiddetin saptanması için her şeyden önce o olgudan şüphe etmek, yani aile içi şiddeti akla getirmek gerekir. Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin şiddete uğramış kadınla görüşme ve muayenesine katılma, tıbbı kayıtların tutulması, kadının mevcut durumunun değerlendirilmesi, kadının bilgilendirilmesi ve güvenliğinin sağlanması yanında ev ziyaretleri sırasında aile içi şiddeti gözlemleme, müdahale etme ve güvenlik planı oluşturma gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Ersoy 2000). Hemşire ve ebelerin bunları yapabilmeleri için şiddetin ele alınması konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda farkındalıklarının düşük ve bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Haggblom ve ark 2005, Mezey ve ark 2003, Peckover 2003, Cann ve ark 2001, McCosker 1999).

Son zamanlarda şiddet konusundaki farkındalıkta bir artış olduğu vurgulanmakta, ebelerin % 15.0'nin ev ziyaretlerinde aile içi şiddet konusunda veri topladığı ancak ebelerin ev ziyaretlerinin kısa sürdüğünü (15 dk) ve beslenme ve hijyen gibi konuları ele almaktan şiddete zaman kalmadığını belirttiği, bazı ebelerin ise şiddet konusunu ele alma

rolüne hazır olmadıklarını ifade ettiği bildirilmektedir (Mezey ve ark 2003). Haggblom ve ark (2005)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin % 45.3'ü şiddeti uğrayarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin tedavisine katıldığını ve % 33.0'ü danışmanlık yaptığı belirtilmektedir. Hemşirelerin şiddete uğramış kadına nasıl sorular soracağı, ne yapması ya da ne söylemesi gerektiğinin bilme konusunda zorlandığı bildirilmektir (Haggblom ve ark 2005, Cox ve ark 2001, Frost 1999).

Davos ve Saçaklıoğlu (2003)'nun yaptığı çalışmada; hekim ve hemşirelerin % 25.5'i aile içi şiddet ile ilgili her hastayı sorguladığını belirtmektedir. Şiddet ile ilgili kadına soru sormanın kendisini utandırabileceğini ve müdahale etmenin ailenin özel işlerine karışmak anlamına geldiğini ifade edenlerin oranlarının % 57.8 ve % 30.6 arasında olduğu belirtmiştir. Hekim ve hemşirelerin % 78.8'i konu ile ilgili hukuki süreci bilmediğini belirtirken, % 89.8'i aile içi şiddete uğramış bir kadına yaklaşım, tanı ve tedavi konularında eğitim almadıklarını belirtmişler ve % 75.3'ü şiddete uğrayan kadının hangi klinik tablo ile başvuracağını bildiklerini ifade etmişlerdir.

Baysan (2003)'nın çalışmasında kadına yönelik şiddetle ilgili olarak, hemşire ve ebelerin % 7.1'inin öğrenimleri sırasında bu konuya yer verildiği ve % 7.8'inin hizmet içi eğitim aldığı belirtilmiştir. Bunun yanında hemşire ve ebelerin % 66.9'unun kadına yönelik şiddet konusunda bilgi almaya gereksinimi olduğu ve % 28.6' sının şiddeti ele alma konusunda kendini yeterli bulduğu saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin % 31.2'sinin kadına yönelik şiddet belirtilerinden duygusal belirtileri tanımada ve % 50.0'sinin fiziksel belirtileri tanımada yetersiz olduğu bildirilmektedir. Gömbül (1998)'ün araştırmasında; hemşire ve ebelerin şiddete uğrayan kadına yaklaşımda geleneksellik eğilimi taşıdığı belirtilmekte, yaş ve çalışma yılı arttıkça geleneksellik eğiliminde artış olduğu belirtilmektedir.

Kadın nüfusunun önemli bir bölümü için şiddet yaygın şekilde görülmekte, birçok kadın için sağlık çalışanları ilk iletişim kurdukları ve mahrem sayılabilecek konuları paylaşabildikleri kişilerdir. Ev içi şiddet çoğunlukla gizli tutulan bir sorun olduğundan hemşirenin şiddet olasılığını değerlendirebilmesi ve şiddeti saptaması sorunun ele alınmasında önemlidir. Konu ile ilgili çalışmaların çoğunun hastane ve klinik ortamda yapıldığı, aile içinde kadına yönelik şiddeti ele alma konusunda sağlık personelinin yeterince bilgi ve beceriye sahip olmadığı ve böyle bir hizmette yer alma konusunda yeterli istekliliğe sahip olmadığı yönünde bulgular yer almaktadır. Bunun yanında kadına yönelik şiddete yaklaşımın geleneksel ve onaylayan bir yaklaşım olduğunu düşündürecek bulgular yer almaktadır. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin öncelikli olarak sunulduğu birinci

basamak hizmetler aile içinde kadına yönelik şiddetin saptanması ve ele alınmasında önemli bir konumdadır.

Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmamızdan elde edilecek bilgilerin hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve farkındalıklarına dikkat çekecektir. Elde edilecek bilgiler hemşire ve ebelerin mezuniyet öncesi eğitimleri ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesi için veri oluşturulmasına katkıda bulunacaktır.

2.Literatür Bilgi

2.1. Şiddetin Tanımı ve Özellikleri

Çok çeşitli nedenlerle ve sıklıkla şiddetin acısını, yıkıcılığını güçlü biçimde yaşayan insan, sürekli şiddetten yakınmış; fakat yakındığı şeyin uygulayıcısı olmaktan da vazgeçememiştir. İnsan şiddetin hem mağduru ve hem de uygulayıcısı olmak gibi çelişik bir durumdan kurtulamadığı için, şiddette meşru olan-olmayan ayrımına gitmiş ve böylelikle doğrudan veya dolaylı bir şekilde şiddeti sürekliliği olan bir olgu haline getirmiştir. Bu nedenle, herkesin bir şekilde de "meşru" olarak tanımlanan bir şiddeti olmuştur. Bazen savunma, bazen intikam, bazen ceza, bazen terbiye… adına "meşrulaştırılan" şiddet, insanın ayrılmaz bir parçası olarak var olmaya devam etmiş ve etmektedir (Vatandaş 2003).

Şiddetin sözlük anlamına bakıldığında, bir hareketin, bir gücün derecesi ya da çevreyi sindirmek için yaratılan olay veya girişilen hareket olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 1992). DSÖ (2002) şiddeti, fiziksel güç veya konumun kasıt içeren bir tehdit veya gerçek olarak bir başkasına uygulanması sonucunda hedef alınan bireyde yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açan ya da yol açma olasılığı bulunan durum olarak tanımlamaktadır.

Şiddet diğer insanda fiziksel ağrı ve yaralanmaya neden olan hareketler olarak (Wallace 2005) ya da bireyin bedensel ve ruhsal açıdan zarar görmesine, yaralanmasına ve sakat kalmasına neden olan bireysel ve toplu hareketlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Aktaş 2006). Başka bir tanımda; şiddet bir kişinin bir başkasına fiziksel acı vermek veya yaralamak kastıyla yaptığı davranış olarak tanımlanmaktadır (İçli ve ark 1995).

Şiddeti Açıklayan Kuramsal Görüşler

Biyolojik teori

Biyolojik olarak (Carson 2000) ele alındığında; şiddet davranışının temelinde sosyal, kültürel, psikolojik ve gelişimsel faktörlerin yanında bazı beyin bölgelerinin de etkili olduğu belirtilmektedir. Şiddet davranışı sırasında beyindeki, frontal lobta ve limbik bölgede değişikliklerin olduğu vurgulanmaktadır. Saldırganlıkla ilgili diğer bir biyolojik yaklaşımda ise nörobiyolojik faktörler ve hormonların şiddet davranışlarının oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir. Testesteron seviyesi yüksek olan erkeklerin şiddete eğilimli oldukları belirtilmiştir.

Psikoanalitik Teori

Saldırganlığın öğrenilmeden insanın doğasında var olan içgüdüsel bir davranış olduğunu savunan yaklaşımın ilk önemli temsilcisi Freud'dur. McDougall ve Lorenz bu konuya katkıda bulunmuş isimlerdir. Bunlara göre insanlar kendilerini aç, susuz ya da cinsel olarak uyarılmış hissedebildikleri gibi, saldırgan da hissedebilmektedirler. Freud' un psikoanalitik kuramının birinci aşamasında, kişiliğin gelişim dinamiği ile ilgili süreçte ortaya çıkan sorunları, gerilimleri, belirli gelişim dönemlerine takılıp kalmaları saldırganlığa yol açan nedenler arasında sayarken; ikinci aşamasında saldırganlığı, doğrudan doğruya biyolojik bir içgüdüye bağlayarak daha katı ve değiştirilemez bir model ortaya koymaktadır (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998).

Sosyal Öğrenme Teorisi

İnsan sosyal bir varlıktır. Etkileşim içerisinde gelişir ve büyür. Gelişim dönemlerinde toplum yapısı, öğretiler, değerler, tutumlar ve yaklaşımlar bireyin şekillenmesini ve kişiliğinin belirlenmesini sağlar. Şiddet sorununun can alıcı noktalarından biri kuşaktan kuşağa aktarılma özelliğidir ve şiddet uygulama, öğrenilebilen bir davranıştır. Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların çoğu, büyüdüklerinde şiddet uygulayan eşlere ya da ana babalara dönüşmeseler de, şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır. Aile içinde erkek çocuk öğrendiği şiddeti ileride eşine veya çocuklarına uygulayabilmekte, kız çocuk ise baba evinde gördüğü ve içselleştirdiği şiddeti eşi ile yaşadığında olağan karşılamaktadır. Aile içi şiddet ortamında yaşayan kız çocuk için şiddet olgusu katlanılması gereken ve cinsiyet rolünün bir parçası olarak kabul edilmektedir (Yllö 1997).

Sosyal öğrenme kuramını savunanlardan A. Bandura insanların birbirlerine karşı saldırgan tutumlarında, yaşayıp kazandıkları deneyimlerin etkilerini taşıdıklarını vurgular ve bu kuramın diğer saldırganlık kuramlarından farkını şöyle açıklamaya çalışır: Sosyal öğrenme kuramında güdülenmenin analizi yapılırken, teşvik faktörü de tahrik kadar önemlidir. Saldırgan davranışların büyük çoğunluğu, sonuçtan beklenen yararlar aracılığıyla desteklenir. Bandura'nın kuramında insanların birbirlerine karşı saldırgan tutumlar göstermelerinin nedenleri:

1.Geçmiş deneyimleri sonucunda saldırgan bir davranış kazanmaları,

2. Bu türden tepkileri yüzünden takdir görmeleri veya ödüllendirmeleri,

3. Özel sosyal ve çevresel şartlar tarafından doğrudan teşvik edilmeleridir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998, Browne ve Herbert 1997).

Feminist Teori

Şiddet feminist teoride ele alındığında cinsiyetler arası güç dengesizliğinin analiz edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Şiddetin doğal bir davranış biçimi olmadığı, kadın ve erkeğin farklı sosyalleşmeleri sonucunda ortaya çıkan toplumsal bir kurgu olduğu belirtilmektedir (Porter 2003).

2.1.2. Şiddet Döngüsü

Şiddetin klasik bir kısır döngüsü vardır. Şiddet gören kadınlar sürekli dövülmemekte şiddet belli aralıklarla ortaya çıkmakta, bu döngü üç aşamadan olmakta ve her aşamanın süresi ve yoğunluğu farklı olabilmektedir.

Gerginlik Aşaması

Bireyler arasında sözel saldırı, sürtüşme veya çatışma yaşanması sonucu bir gerginlik ortaya çıkmakta, her iki taraf da gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. Saldırgan birey alkol, ilaç alarak gerginliği azaltmaya çalışırken, hedef birey bir şey yokmuş gibi davranarak gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. Bu aşamada iki tarafta artan gerginliğin farkındadır. Ancak kadında hala biraz kontrol vardır. Şiddet dönemini geciktirmek, ertelemek ve erkeği sakinleştirmek için yapabilecekleri vardır. Zaman geçtikçe bu yöntemler işe yaramamaya başlar. Duygusal sömürü artar. Patlama olmasın diye her şeyi erkeğin istediği gibi yapmaya çalışır. Ancak zaman içinde kadının kontrolü elinden kaçırdığı, patlamalar arası sürenin kısaldığı ve şiddet derecesinin arttığı görülür (Kemerli 2003, Porter 2003, Uçar 2003, Tel 2002, ICN 2001, Demir 2000, Browne ve Herbert 1997, Rynerson 1997).

Akut Eylem Aşaması

Gerginliğin kontrol edilememesi ve artması ile zarar verme davranışı ortaya çıkmaktadır. Zarar verici davranış acımasız ve kontrolsüz bir özellik taşımaktadır. İlişkide yaygın olan şiddet türü ne ise onun yaşandığı aşamadır. Kadının artık erkeğin davranışları üzerinde hiçbir kontrolü yoktur. Kadınlar sığınma evlerine veya kadın kuruluşlarına genellikle bu aşamanın hemen öncesinde veya sonrasında başvururlar (Kemerli 2002, Porter 2003, Uçar 2003, Demir 2000, Browne ve Herbert 1997, Rynerson 1997)

Balayı Aşaması

Şiddet sonrasında uygulayan birey şiddet mağdurundan özür diler, pişman olduğunu, onu çok sevdiğini, ona ihtiyacı olduğunu, değişeceğini söyler, ağlar, yalvarır, intihar

etmekle tehdit eder. Bu aşama kadının işlerin düzeleceğine inancını destekleyen, sabretmesinin karşılığını aldığı bir aşamada olduğu için kadının ilişkiden kopmasını zorlaştıran bir aşamadır. Bu aşamada şiddet mağduru ifade edilenlere ve kendisine tekrar şiddet uygulanmayacağına inanarak yasal arayışlara yönelmemektedir. Bu dönemde gerekli girişimlerde bulunulmazsa, bir süre sonra gerginlik tekrar artmakta şiddet döngüsünde birinci aşamaya geçiş olmakta, şiddet daha yoğun bir şekilde yeniden tekrarlanmakta ve kısır döngü devam etmektedir. Evrelerin süresi zaman geçtikçe kısalmakta ve şiddet sıklığı artmaktadır (Porter 2003, Uçar 2003, Kemerli 2002, Demir 2000, Browne ve Herbert 1997, Rynerson 1997).

2.1.3 Tutum Kavramı ve Şiddete Karşı Tutum

Thurstone (1931) tutumu psikolojik objeye yönelen olumlu ve olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesi olarak tanımlanmıştır. Allport (1935) ise yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu olarak tanımlamıştır. Katz (1967) tutumu bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi ya da dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimi olarak, Smith (1968) bireye atfedilen ve bireyin psikolojik bir obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilim olarak tanımlamıştır (Aydoğuş 2007).

Tutumun Özellikleri (Aydoğuş 2007)

1. Tutumlar doğuştan gelmez (birey toplumsallaşırken) yaşanarak kazanılır. Diğer bir anlatımla, tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilmiştir.
2. Tutumlar geçici değillerdir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar.
3. Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlarlar. Öğrenme süreci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar.
4. İnsan-obje ilişkisinde tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar. Birey bir objeye ilişkin bir tutum oluşturduktan sonra ona yansız bakamaz.

5. Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz tutumun oluşması ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkündür.
6. Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumlardır.
7. Tutum bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir.
8. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.

Şiddete Yönelik Tutum

Çoğu tutumun kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir. Edinilen tutumların kaynağı kişisel deneyimlerden çok anne-babalardır. Bir bireyin tutumlarının büyük kısmı 12–30 yaş döneminde son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir. Tutumların oluşmasında üç ana etken rol oynamaktadır. Bunlar: akranlar, kitle iletişim araçları, diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitimdir (Aydoğuş 2007).

Erkek egemen toplumlar şiddetle beslenmekte ve şiddet kültürel norm ve değerlerle meşrulaşmaktadır. Toplumumuzda erkeğin kadını dövmesi doğal karşılanmakta ve kadına uygulanan şiddete ilişkin atasözleri ve deyişlere yansımaktadır. Örneğin "kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin" ya da "kızını dövmeyen dizini döver", "suç, öldürende değil, ölendedir" gibi. Geleneksel kadınlık rolleri de kadını kurban pozisyonunu getirmektedir. "analık ve eşlik birinci görevindir", "Allah sabırlı kulunu sever", "sen kadınsın alttan al, kan kussan da kızılcık şerbeti içtim diyeceksin" gibi öğüt ve deyişler kadının boyun eğici rollerini vurgulamaktadır. Bu geleneksel bakış açısının sorunların çözümünü engellediği belirtilmektedir (Ulusoy 2007). Bu kültürel değerler içinde yaşayan hemşire ve ebenin mesleki değerleri de toplumsal tutumlardan etkilenebilmektedir.

Tutumları incelemenin başlıca nedenlerinden biri, davranışları kestirmemize olanak vermesidir. Bir kişinin tutumlarının onun davranışlarını belirlediği varsayılmaktadır. Yapılan çalışmalar hemşirelerin şiddete uğrayan kadına bakım verirken kadına yönelik şiddete karşı tutumunun önemli rol oynadığı belirtmektedir (Allen ve ark 2007, Haj-Yahia ve Schiff 2007, Haggblom ve Möller 2005, Lazenbatt 2005, Corbally 2001, Henderson 2001). Hemşirelerin bu tutumunu şiddeti daha çok aile sorunu olarak görmesi, zaman yetersizliği ve eğitim eksikliğinin etkilediği belirtilmektedir (Allen ve ark 2007, Schoening ve ark 2004, Watts 2004, Corbally 2001, Cox ve ark 2001, Roberts 1997). Ayrıca hemşire

ve ebenin kadın sorunlarını yalnızca üreme sağlığı olarak görmesi, şiddeti bir sağlık sorunu olarak algılamaması, şiddete yönelik girişimlerin neler olacağı ile ilgili belirlenmiş prosedürlerin olmaması ve bu girişimlerin kurumun hemşire ve ebeden beklenen rolleri arasında olmaması hemşire ve ebenin kadına yönelik şiddet konusundaki tutumunu etkileyen diğer faktörlerdir. Bunun yanında profesyonel bir mesleğin üyesi olan hemşire ve ebelerin önyargılarını, inançlarını ve olumsuz tutumlarını mesleklerine yansıtmamaları gerekmektedir.

2.2. Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden şiddet kullanımı toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın şiddet olarak algılanması ve tanımlanması da güç olmaktadır (Ünal 2005).

Aile içi şiddet, kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke ve gerginliği boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine (karşı cinsler veya aynı cinsler arasında; yetişkinden çocuğa; çocuktan yetişkine ve çocuktan diğer çocuğa/çocuklara) yönelik olarak ortaya çıkabilmektedir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998, Kemerli 2003). Diğer bir tanımda ise aile içi şiddet, aile bireylerinden birisinin, ailenin diğer bireyinin saldırısına uğraması olarak tanımlanmaktadır (Vatandaş 2003).

Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmekle birlikte özellikle evde ve aile içinde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (ICN 2001). Aile içi şiddet tüm sosyal sınıflarda, etnik ve kültürel gruplarda ve her yaşta görülmektedir (Koverola ve Panchanadeswaran 2004, Rynerson 1997).

Aile içi şiddete maruz kalanlar genelde kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır (Turla 2006, Carson 2000, Yıldırım 1998). DSÖ (2002)'nün bildirdiğine göre, şiddet en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşanmaktadır. Aile içi şiddeti, diğer şiddetlerden ayıran en önemli özelliklerden birisi aile içi şiddette devamlılık eğiliminin son derece yüksek olmasıdır. Şiddetin çoğu zaman bir sorun çözme aracı olarak görülmesi, aile içi şiddetin yaygınlığında etkin olmaktadır. Bu önemli işlevi nedeniyle genç kuşaklar, ebeveynlerinin evinde tanık oldukları şiddeti normalleştirip, daha sonra kendi evlilik yaşamında da uygulayarak, pekişmesine ve devamına katkıda bulunmaktadır (Vatandaş 2003).

2.2.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Kadına yönelik şiddet "doğal" ya da "kaçınılmaz" değildir. Ancak kadına yönelik şiddet olgusu son derece karmaşık ve ele alınması güç bir olgudur. Toplumsal değer sisteminde aile bütünlüğünün güvenliği ve üstünlüğüne inanç, bu sorunun objektif olarak irdelenebilmesini güçleştirmektedir (Aktaş 2006).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey Statüsü Komisyonu kadına yönelik şiddet çalışma grubunun yapmış olduğu şiddet tanımında (Pekin Deklarasyonu 2005); kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, ister toplum önünde ister özel hayatta meydana gelmiş olsun, cinsiyete dayalı her türden şiddet anlamına gelmektedir. Bunun yanında kadına yönelik şiddet; dayak dâhil aile içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, evdeki kız çocuklarının cinsel istismarı, evlilikte tecavüz, işyerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde sarkıntılık ve cinsel zorlama dâhil toplum içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadınların alınıp satılması ve fahişeliğe zorlanması biçiminde olmaktadır.

Kadına yönelik şiddet içinde fiziksel ve duygusal şiddet, öldürme, cinsel istismar ve pornografi eylemleri yer alabilmektedir (Crowell ve Burgess 1996). Şiddet kadına baba, ağabey, erkek kardeş, dayı, enişte gibi erkek akrabalar ile evlilik içinde, öncesinde ya da nikâhsız beraberliklerde kadına sevdiğini zannettiği ya da kendisini sevdiğine inandığı ve güvendiği erkek ve onun akrabaları tarafından yöneltilmektedir (Koç ve Kaya 2006). Dayak, cinsel şiddet, psikolojik istismar gibi sorunlar çok kolay tespit edilememektedir. Çünkü toplumdaki şiddet olgularının büyük çoğunluğu gizli olarak kalmakta ve kayıtlara geçmemektedir (Aktaş 2006).

Kadına yönelik şiddet toplumda eşitlik, kalkınma, barış hedeflerine ulaşılmasını engellemekte ve kadınların insan haklarını ve temel özgürlüklerini kullanmalarını engellemekte ve kadını değersiz hale getirmektedir. Kadınların sosyal ve ekonomik statüsünün düşük olması, kadınlara yönelik şiddetin hem nedeni hem de sonucu olarak tanımlanmaktadır (Pekin Deklarasyonu 2005).

Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Şiddet denildiğinde, ilk akla gelen genelde fiziksel şiddet olmakla birlikte fiziksel olmayan şiddet biçimleri de son derece yaygın ve sistematik biçimde uygulanmakta birbirlerini besleyen ve üreten mekanizmalar oluşturmaktadır (Uçar 2003). Kadına yönelik şiddetin fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik türlerinden söz edilebilir.

Fiziksel Şiddet

Kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Fiziksel şiddet vurma, fırlatma, tekmeleme, yakma, tokat atma, dövme, çimdikleme, itme, ısırma, boğazını sıkma, kemiklerini kırma, duvara vurma, saç çekme, tükürme, bıçak çekme, yaralama, silah kullanma, kadının yüzüne yakıcı (asit gibi) bir madde dökme, bedeninde sigara söndürme, elektrik süpürgesinin hortumu, kemer ya da sicimle dövme, fiziksel kuvvet kullanarak evden çıkmasına veya eve girmesine engel olma, hasta ya da hamileyken gerekli yardımı esirgeme, yakın mesafede el kol hareketleri yapma, özel eşyalara zarar verme, eşyaları fırlatma ve kırma, hasta, yaralı veya hamileyken hassas bölgelerine vurma, yiyecek ve tıbbı tedavi almasını engellemek gibi bireyde ciddi fiziksel yaralanmalara neden olan tehlikeli davranışları içerir (Aksoy ve ark 2006, Aktaş 2006, Koç ve Kaya 2006, Kadına Yönelik Şiddet Çalışma Grubu 2003, Kemerli 2003, Porter 2003, Uçar 2003, Vatandaş 2003, Tel 2002, Demir 2000, , Browne ve Herbert 1997, Crowell ve Burgess 1996).

Bir ilişkide şiddet genellikle duygusal şiddetle başlayıp, gittikçe tırmanarak fiziksel şiddete ulaşmaktadır. Şiddetin yaşandığı ilk zamanlarda çok kesin ve sert bir tepki verilmeden, araya aile büyükleri veya kurumlar girmeden şiddetin kendiliğinden azalıp durmayacağı belirtilmektedir (Kemerli 2003).

Fiziksel istismara maruz kalmış kadınlar ciddi bir sorun olmadığı sürece genellikle sağlık kuruluşuna başvurmazlar. Başvurduklarında da bazı yaralanmaları ve oraya geliş nedenlerini saklamaya çalışırlar. Bu tür yaralanmaları açıklamak için bir yerlere çarptıklarını, düştüklerini söylerler (Aksoy ve ark 2006). En sık rastlanan yaralanma bölgeleri baş, boyun, göğüs, memeler ve batın olabilmektedir. Hamilelik sırasında tipik olarak göğüslere, batına ve genital bölgeye vurulmaktadır. Bu tip olaylarda düşük ve prematüre doğum riski bulunmaktadır (Aksoy ve ark 2006, Watts 2004, Anderson 2002, Campbell 2002, Ramsden ve Banner 2002, Hartman ve Davey 2001, Özaydın ve ark 1998, Rynerson1997).

Birçok kadın, ilişkilerindeki fiziksel şiddetin ilk kez hamilelik döneminde başladığını ya da var olan şiddetin bu dönemde arttığını belirtmektedir. Hamile kadın hem fiziksel, hem de duygusal olarak hassas bir durumdadır. Bu nedenle kadına hamileliğinde şiddet uygulamak daha kolaydır ve kadın için ise daha büyük bir tehdit ve aşağılama aracıdır (Kemerli 2003).

Duygusal Şiddet

Duygusal şiddet sözel saldırı veya tehditlerle bireyi yıldırma, alay etme, küçümseme, yüksek sesle veya gizlice öfke ve kinini yöneltme ve bireyin gereksinimlerini ve kendisini sürekli ihmal etme şeklinde ortaya çıkmaktadır (Tel 2002).

Genelde fiziksel ya da cinsel istismarla duygusal şiddet birlikte yaşanmakta bazen tek başına da görülmektedir. Duygusal şiddet çoğunlukla aşağılama, bağırma, küfür, yetersiz olduğunu, hiçbir şey beceremediğini, çocuklarına bakamadığını söyleme, aşırı kıskançlık, monoton bir yaşama alanına ve tarzına kapatma, gizliliği bozma, batıl inançlar veya paranoya düzeyinde inanmama, ne yaptığını araştırma, kişinin dinine, ırkına, diline, kültürel grubuna veya geçmişine ait değer verdiği inançların aşağılanması veya onlara aykırı davranmaya zorlanması; maddi ve manevi destek alabileceği kurum ve kişilerden soyutlanması şeklinde kendini gösterir (Aksoy ve ark 2006, Koç ve Kaya 2006, Porter 2003, Uçar 2003, Vatandaş 2003, Hartman ve Davey 2001, Crowell ve Burgess 1996).

Duygusal şiddetle ilgili bazı davranışlar şunlardır (Kemerli 2003):

Kadına karşı çocukları kullanmak: Kadını ayrılık durumunda çocukları görememe ile tehdit etmek, iyi anne olmamakla suçlamak, çocuklar konusunda kendisini suçlu hissetmesini sağlamak, çocukları kullanarak tehdit edici mesajlar göndermek, çocuklara zarar vermek, çocukları kaçırmakla veya velayetini almakla tehdit etmek.

Kadını tehdit etmek, korkutmak: Söz ve hareketlerle kadını düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme; kadını düzenli bir şekilde evden kovmak veya evden ayrılmakla, kendisine veya sevdiklerine (aile, arkadaş, eşya, hayvan) zarar vermekle tehdit etmek, yalan söylemek, bağırmak, tehdit ve bakışlarla sindirmeye çalışmak, yemeği yere dökmek, eşyaları kırıp dökmek, belirli aralıklarla çok ağır hareket ve sözler söylemek, kadını küçük düşürücü adlar takmak, sık sık olumsuz bir şekilde eleştirmek, alay etmek.

Kadını aşağılamak: Kadına hizmetçi gibi davranmak, küçümsemek, önemli kararlarda onun fikrini almamak, başkalarının yanında küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunmak.

İhmal etmek: Sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçlarını göz ardı etmek, inkâr etmek; kadını önemli günlerde (iş yemeği, diploma töreni vb.) her seferinde yalnız bırakmak; istediği yapılmadığında günlerce surat asmak.

Kadını çevresinden tecrit etmek: Kadının hareket özgürlüğünü kısıtlamak, ailesi ve arkadaşlarıyla görüşmesine izin vermemek; kadının aile bireylerini ve arkadaşlarını sürekli aşağılamak, hakaret etmek, aralarını bozmaya çalışmak.

Cinsel Şiddet

Bireyi isteği dışında baskı ya da güç kullanarak cinsel aktiviteye zorlamak, zorla öpme, dokunma gibi fiziksel temas, cinsel içerikli sözel ifadelerin kullanılması olarak tanımlanabilir (Tel 2002).

Evlilik bağıyla veya evlilik bağı olmaksızın birlikte yaşayan eşler arasında istek dışı cinsel ilişki bir şiddet olgusu olarak yaygın biçimde görülmektedir (Vatandaş 2003). Bu tip olaylar genellikle fiziksel şiddetle birlikte görülmekte ve pek çok kadında psikosomatik belirtilere yol açmaktadır. Baş ağrıları, sırt ve pelvik ağrılar, gastrointestinal problemler, uzun süreli ağrı kesici ve trankilizan kullanma hikâyesi ve hamilelerde düşük ya da erken doğum öyküsü bulunabilir (Aksoy ve ark 2006). Cinsel şiddetin kapsamına giren davranışlar; tecavüz etmek, kadının kabul edemeyeceği şekilde cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel içerikli imalarda bulunmak ve cinsel içerikli sözler söylemek, el ve parmak atmak, cimciklemek, kişiye cinsel eşyaymış gibi davranmak; aşırı kıskançlık ve şüphecilik göstermek; cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, açıkça karşı cinse ilgi göstermek, kaba kuvvet ve duygusal baskı kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak olarak tanımlanmaktadır (Koç ve Kaya 2006, Kemerli 2003, Porter 2003, Uçar 2003, Hartman ve Davey 2001).

Ekonomik Şiddet

Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Çalışan kadının parasını elinden alma ve ekonomik olarak kullanma şeklinde olmakta ve özellikle erkeğin çalışmadığı durumlarda daha fazla gözlenmektedir (Aksoy ve ark 2006, Kemerli 2003).

Ekonomik şiddetin kapsamına giren bazı davranışlar şunlardır; evin masraflarını karşılamamak, aile bireylerine gerekli olan harçlığı vermemek, kadının çalışmasına izin vermemek, elinden parasını almak, paranın ve mal/mülkün kontrolünü elinde bulundurmak, paranın nereye harcadığını kontrol etmek, para yönetimi konusunda eleştirmek ve etiketlemek (müsrif kadın, aptal kadın), kadının iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olacak fırsatları değerlendirmesine engel olmak, kadına çok az harçlık verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyleri talep etmek, ailenin geliri konusunda kadına bilgi vermemek, çalışmayı reddedip, kadının gelirini harcamak, kazandığı parayı kendi özel zevkleri için (sevgiliyle yapılan kaçamaklar veya geziler, araba değişimi… vb.) harcayarak aile gelirinden kısıntı yapmak (Aktaş 2006, Koç ve Kaya 2006, Kadına Yönelik Şiddet Çalışma Grubu 2003, Kemerli 2003, Vatandaş 2003, Hartman ve Davey 2001).

Türkiye'de gayrimenkullerin % 92 gibi büyük bir oranının erkeklerin elinde olması gerçeği, kadının ekonomik güçsüzlüğünü açıkça göstermektedir. Bu tutum, aile geleneğinde erkek çocuklarına atfedilen değer (soyun devamı, mirasın ailede kalması) ve kadınların erkek çocuk doğurduklarında edindikleri sosyal statüyle de ilişkilidir. Toplumsal tutum değişikliklerinde erkekler kadar kadınlarında değiştirmesi gereken yanları olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Aktaş 2006).

Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Kadına yönelik şiddet, temelde kültürel yapıdan ve özellikle de belirli geleneksel uygulamalardan kaynaklanır. Kadının yasalara ilişkin bilgiye, yardım veya korunmaya ulaşabilirliğinin olmaması, kadınlara yönelik şiddeti etkin bir biçimde önleyecek yasaların olmaması; hâlihazırdaki yasaların reformunda başarısızlık; kamu yetkililerinin yasaları uygulama ve tanıtma çabalarının yetersiz olması ve şiddetin nedenleri ile sonuçlarını ele alacak eğitimsel ve diğer türden araçların yokluğu kadına yönelik şiddetin varlığı ve sürmesinde önemli nedenler olarak belirtilmektedir (Pekin Deklarasyonu 2005).

Sosyal yapı kadına yönelik şiddeti oluşturan ve destekleyen bir faktördür. Şiddete neden olan sosyal faktörler; nüfus artışı, geleneksel aile bağları ve destek ağının zayıflaması, toplum tarafından erkeğe biçilen roller, kadının statü ya da saygınlığının düşüklüğü olabilmektedir. Toplumdaki ekonomik krizler, insan haklarının ihlali, kentteki sosyal ve ekonomik eşitsizlik ve ülkelerin hukuk sistemi şiddeti doğuran nedenler olarak belirtilmektedir (Mandıracıoğlu 1994).

Şiddetin ortaya çıkmasında, toplumun şiddete hoşgörü göstermesi, şiddetin kuşaklar arası aktarılması, çocuğun sosyal öğrenme yoluyla ailedeki şiddet davranışını rol modeli alması, çocuğun eğitiminde dayağın yaygın olarak kullanılmasının kabul görmesi, şiddet içerikli filmler ve video oyunları, şiddet içeren, resimli çocuk kitapları, bazı müziklerdeki şiddet temaları, özellikle kadına şiddetin uygulandığı porno filmleri, aile içi şiddetle ilgili bazı mitler, bireylerin stresörlerle baş etme, problem çözme becerisinin yetersiz olması, öfke ifadesinde alternatif yollar geliştirmemiş olması ve iletişimde başarısız olma şiddetin nedenleri olarak gösterilmektedir (Tel 2002). Bunun yanında parçalanmış aile, yoksulluk, işsizlik, kültürel değişimler, göçler, yoksunluk, yetki kaybı, korku, kendini güvende hissetmeme gibi durumlarda bireylerin yaşadıkları stresle baş edemedikleri ve şiddete yöneldikleri belirtilmektedir (Koverola ve Panchanadeswaran 2004, Glicken ve Sechrest 2003).

Şiddeti Uygulayan Erkeklerin Özellikleri

Şiddet uygulayan erkeklerin çoğunlukla bunu kendi hakları olarak gördükleri ve erkek olmalarının doğal bir sonucu olarak algıladıklarından şiddeti bir sorun olarak görmeyebilirler. Bu nedenle şiddet uygulayan erkeklere ilişkin bilgiler genelde şiddet mağduru kadının ifadelerine dayalıdır (Kemerli 2003).

Şiddet uygulayan erkeklerin genellikle kıskanç, sinirli, asosyal, bağımlı, sahiplenici ve güvensiz oldukları dikkat çekicidir. Kendine saygının azlığı, bağımlılık, sorumsuzluk ve erkek-kadın rolüne ilişkin geleneksel tutumların her biri karı-koca arası şiddette önemli kişisel özellikler olarak tanımlanmıştır. Şiddet, kocanın yetersizlik ve güçsüzlük hislerini yenme girişimi olarak tanımlanmakta ve kendine saygıda düşüklük ile şiddet arasında ilişki pek çok araştırmada bildirilmektedir. Birçok araştırma, saldırgan erkeğin sıklıkla intihar etme eğilimli olduğu ve eşleri ayrıldığında veya ayrılıkla tehdit ettiğinde duygusal açıdan panik yaşadığını göstermektedir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998).

Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri

- Özgüvensizlik (şiddete maruz kalan kadın kendini yetersiz, güvensiz ve değersiz hissetmektedir),
- Aşırı bağımlılık,
- Şiddetin tüm evliliklerde olduğuna inanma,
- Yaşadığı öfke ve şiddeti inkâr etme, intihara teşebbüs, kişilik bozuklukları, depresyon veya şizofrenik eğilimler gibi psikolojik sorunlar,
- Aşırı sorumluluk yüklenme,
- Geleneksel cinsiyet rollerine duyulan inanç olarak belirtilmektedir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998, Özaydın ve ark 1998, Browne ve Herbert 1997, Arıkan 1987).

2.2.2. Ailede kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Şiddetin kadın sağlığı üzerine fiziksel ve psikolojik çok yönlü etkileri bulunmaktadır. Fizik yakınmalarla sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda yaralanma yeri en sık baş, yüz, boyun, göğüs ve karın bölgesinde olmaktadır. Sık görülen bazı fiziksel yakınmalar; yorgunluk, baş ve göğüs ağrıları, sindirim sistemi bozuklukları, nefes darlığı, pelvik ağrılar, hematomlar, diş kırıkları, burun-dudak yaralanmaları, kesik ve sıyrıklar,

enflamasyonlar, delici alet yaralanmaları, çıkıklar, incinmeler şeklinde görülebilmekte ve bazen ölümle de sonuçlanabilmektedir. Hamile kadınlara uygulanan şiddetin yetersiz doğum öncesi bakım, düşük, erken doğum, fiziksel travma, vaginal kanama, zihinsel ve fiziksel özürlü bebek doğumu, aile planlaması hizmetleri kullanımının engellenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem alınmaması gibi önemli etkileri bulunmaktadır (Okudan ve Erbaydar 2007, Chrısler ve Fergusan 2006, Watts 2004, Porter 2003, Vatandaş 2003, Kemerli 2002, Demir 2000, Özaydın ve ark 1998, Rynerson 1997, Crowell ve Burgess 1996).

Şiddetin kadın sağlığı ile ilgili çok sayıda psikolojik etkisi olabilmektedir. Kaygı, depresyon, güvensizlik, kabus görme, somatizasyon gibi travma sonrası bozukluklar, korku, çaresizlik ve yalnızlık duygusu gibi yoğun duygusal etkiler yaratır ve güçsüzlük yaşanan en önemli duygudur. Şiddeti yaşayan birey kendini sorumluluk hissetmeye ve bunun kendi suçu olduğunu düşünmeye başlar. Aşağılanma davranışları utanç duymasına neden olur. Güvensizlik ve utanç duygularıyla kendi içine iyice kapanan kadında her an yeniden şiddeti yaşama korkusu egemen olur (Turla 2006, Aktaş 2006, Browne 1997).

Şiddet kadının psikolojik ve beden sağlığını etkilediği gibi aile ve toplum yönünden de olumsuz sonuçları olabilecektir. Uygun müdahalede bulunulmazsa şiddetin uygulanma sıklığı ve derecesi giderek artabilmekte, aradan geçen uzun süreli şiddete maruz kalma sonucunda kadında şiddete bağlı önemli sağlık sorunları da ortaya çıkmaktadır.

2.3 Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi

2.3.1 Yasal Önlemler

Dünyada ve Türkiye'de kadın erkek eşitliği ve kadına karşı şiddet konusunda duyarlılık 2. Dünya Savaşı'ndan sonra ivme kazanmış, toplumsal muhalefet ve feminist hareketler devletleri kadına yönelik şiddet konusunda düzenlemeler yapmaya zorlamıştır.

Kadınlarla ilgili Uluslararası düzenlemeler;

- 1.Dünya Kadın Konferansı 1975 yılında Meksika'da,
- 2. Dünya Kadın Konferansı 1980 yılında Kopenhag'da,
- 3.Dünya Kadın Konferansı 1985 yılında Nairobi'de,
- 4.Dünya Kadın Konferansı 1995 yılında Pekin'de düzenlenmiş ve
- Birleşmiş Milletler tarafından 1979 yılında kabul edilen ve 1981 yılında yürürlüğe giren Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) bulunmaktadır.

Ailenin toplum içinde önemli rolü vardır. Bu nedenle ailenin devlet tarafından korunmasının gerekliliği birçok uluslar arası belgede, birçok devletin anayasasında ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer almıştır. Devlet, anayasal ve yasal düzeyde veya dolaylı olarak aileyi ve aile bireylerini koruyucu düzenlemeler yapmıştır (Uçar 2003). Türk hukukunda Anayasa, Türk Medeni Kanunu (TMK), Türk Ceza Kanunu (TCK) başta olmak üzere aileyi koruyucu birçok yasa bulmak mümkündür. Türkiye'de aile içi şiddeti en kısa sürede sona erdirme amacıyla 14.1.1998 tarih ve 4320 Sayılı "Ailenin Korunması Hakkındaki Yasa" düzenlenmiş ve 26.4.2007 tarihinde çeşitli maddelerinde değişiklikler yapılmıştır.

T.C. Anayasasında yer alan ilgili maddeler (Resmi Gazete, Kanun No. 2709, Sayı. 17863, Tarih. 09.11.1982);

MADDE 10. – Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayrım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

(Ek: 7.5.2004–5170/1 md.) Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür.

Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamaz.

Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar

MADDE 17. – Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.

Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.

MADDE 41. – (Değişik: 3.10.2001–4709/17 md.) Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır.

Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar.

TCK yer alan ilgili maddeler (Resmi Gazete, Konun No. 5252, Sayı.25642, Tarih. 13.11.2004);

TCK 86/1: Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK 86/2: Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,

İşlenmesi halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TCK 87/1: Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

TCK 94/1: Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TCK 102/1: Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK 102/2: Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.

TCK 105/1: Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hükmolunur.

TCK 232/1: Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Yeni TCK, "Cinsel Dokunulmazlığı", kişilerin vücudu üzerinde, rızaları dışında cinsel davranışlarda bulunularak beden bütünlüklerinin ihlali olarak tanımlamaktadır. "TCK, cinsel saldırı eyleminin, evlilik birliği içinde gerçekleşmesi halini şikâyete bağlı bir suç olarak kabul etmiştir. Hukuk sistemimize yeni girmiş olan bu suç türü, yasamızın, bireyi, her koşulda şiddete karşı koruma kararlılığının bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. (TCK:102/2) Dokunulmazlığa Karşı Suçlar", TCK'nın, 102., 103., 104. ve 105. maddelerinde yer almıştır.

Yasa, cinsel saldırıyı; "Cinsel arzuları tatmin amacına yönelik fakat cinsel ilişkiye varmayan davranışlarla, bir kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal etme" olarak tanımlamaktadır. Bu eylemin, şehevi arzularla yapılmış olması yeterlidir. Bu suçun oluşması için şehevi arzuların fiilen tatmini aranmaz. Bu tür eylemleri yapanlar, mağdurların şikâyeti üzerine hapis cezası alırlar. (TCK:102/1) (Ankara TCK Kadın Platformu 2005).

1926 yılında çıkarıldığı dönemde oldukça ileri düzenlemeler içeren Medeni Kanunu çağın ve toplumun değişen gereksinimleri doğrultusunda 2001 yılında yeniden düzenlenmiştir. "Yeni Türk Medeni Kanunu" kadın-erkek eşitliği ilkesi temelinde cinsiyet ayrımcılığına son veren, kadının aile ve toplum içinde erkeklerle eşit olduğunu hükmeden düzenlemeler içermektedir. Özellikle aile hukuku alanında; aile reisliğinin kaldırılması, aileyi karı ve kocanın birlikte temsili gibi önemli düzenlemelerin de yer aldığı yeni düzenlemelerden bazıları şunlardır (Resmi Gazete, Kanun No.4721, Sayı.24607,Tarih. 08.12.2001, Karakoç 2007):

- "Edinilmiş mallara katılma rejimi" yasal mal rejimi olarak getirilmiştir. Bu hükme göre, her eşin karşılığını vererek elde ettiği malvarlığı değerlerini (edinilmiş mallar) evliliğin sona ermesi ile eşler eşit olarak paylaşmaktadır. Kişisel mallar ve miras yoluyla intikal eden mallar ise paylaşıma girmemektedir (TMK 202).
- Kadına önceki soyadını kocasının soyadından önce gelmek üzere kullanabilme hakkı veren ve 1997 yılında yapılan değişiklik yeni yasada aynen benimsenmiştir (TMK 187).
- Aile konutu ile ilgili yapılan düzenlemede, eşlerden birinin, diğerinin açık rızası olmadan aile konutu üzerindeki tasarruflarına sınırlandırma getirilmiştir. Aile konutu kiralık bile olsa, diğer eşin rızası olmadan kira akdi fesh edilemez, aile konutu devredilemez veya aile konutu üzerindeki haklarını sınırlanamaz (TMK 194).
- Evlilik dışında doğmuş ve soy bağı tanıma veya hâkim hükmüyle kurulmuş olan çocuklara, baba yönünden, tıpkı evlilik içindeki çocuklar gibi eşit mirasçı olabilme hakkı getirilmiştir (TMK 498).

Yeni Türk Medeni Kanununun yürürlüğe girmesinden sonra öncelikle Aile Hukuku alanındaki uyuşmazlıklardan doğan davalara bakmak üzere Aile Mahkemelerinin kurulması bir zorunluluk haline gelmiştir. 2003 yılında yürürlüğe giren Türk Aile Mahkemeleri Kanunu ile ülkemizde Aile Mahkemeleri kurulmuştur. Bu mahkemelerde hâkimlerin yanı sıra uyuşmazlıkları gidermek üzere görev yapan uzmanlarda yer almaktadır (Karakoç 2007).

Kadına yönelik şiddetin ele alınmasında 4320 Sayılı Ailenin Korunması Hakkındaki Yasa'da kadının haklarını koruyan bazı yasal düzenlemeler bulunmaktadır (Resmi Gazete, Kanun No. 56361, Sayı. 26512, 04.05.2007). Yapılan yeni düzenlemelerle getirilen değişiklikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Son Değişikler:

- Mağdur kavramı daha açık bir biçimde tanımlanmıştır,
- Şiddet uygulayan kişi olarak, sadece kusurlu eş sayılmakla kalmamış diğer aile bireylerinin de şiddet uygulayan olabileceği belirtilmiştir.

- Şiddetin yöneltildiği kişilerin yeniden açıklanmasının sonucu olarak yasa metninden diğer "eşe ve çocuklara" sözcüğü kaldırılarak aile bireyi denmesi yolu seçilmiş ve tedbir kararların bu biçimde örneklenmesi yolu seçilmiştir.
- Mağdurların sadece müşterek konutta değil, yaşadıkları/sığındıkları/çalıştıkları yerde de korunması ilkesi getirilmiştir.
- Aile Mahkemesi Hâkimince verilen koruma kararı uzak durma, yaklaşmama niteliğinde olduğunda koruma alanı genişletilmiş ve korumanın sadece müşterek konut ile sınırlı ve birlikte yaşarken olması zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır.
- Zabıta sözcüğü kaldırılmış ve yerine genel kolluk sözü getirilmiştir.
- Alkol ve uyuşturucu kullanma yasağı genişletilmiştir.
- Harçtan muafiyet genişletilmiş ve icrai işlemlerde de harç alınmayacağı yasaca düzenlenmiştir

Ancak kanunun uygulanması yanında bunu tamamlayacak kurumlara da gereksinim vardır. Ülkemizde kadın ve çocuğu korumaya yönelik tedbirlerin alınmasına destek verecek sığınma evi ya da kadın konuk evlerinin sayısı yeterli değildir. Türkiye'de töre, şiddet ve yoksulluk mağduru kadınlara kucak açacak sığınma evi sayısının 30' olduğu ve Konya'daki bir sığınma evi için iki bin kadın sırada beklediği belirtilmektedir (Doğan 2007). Sığınma evlerinde kadınlara sağlanacak destek hizmetlerine yerel ve özel sektör ile sivil toplum örgütlerinin sürekli katılımının sağlanması gerekmektedir (Aktaş 2006).

Şiddet Durumunda Yasal Süreç

- Şiddet veya şiddet olasılığı durumunda mağdur veya potansiyel mağdur, en yakın polis karakoluna, jandarmaya ya da doğrudan cumhuriyet savcılığına giderek ya da diğer yollarla şikayette bulunabilir. Yasal düzenlemeye göre bu konuda olaylara tanık olanlar da şikâyette bulunabilirler.
- Şikayeti alan bu kurumlar, uygulanan şiddetin zaptını tutarak gerekirse mağduru "Adli Tıp Kurumu"na ve bu raporla birlikte evrakı "Cumhuriyet Savcılığı"na göndermek zorundadırlar.
- Şikâyeti inceleyen "Cumhuriyet Savcılığı" eylem TCK' da ki bir başka suçu içerse dahi, mutlaka "4320 sayılı yasa" ile ilgili bölümü için kendiliğinden koruma kararının alınması talebi ile dosyayı "Aile Mahkemesi"ne göndermek durumundadır.
- Doğrudan aile mahkemesine başvurmak ve koruma kararı istemek de mümkündür.

- Devam eden hukuki ve fiili ayrılık sırasında da koruma kararı istenebilir.
- Aile mahkemesi hâkimi res'en de bu kararı alabilir.

Şiddeti Uygulayan Kişiye Yönelik Alınacak Tedbirler

Şiddeti uygulayan kişinin:

- Aile bireylerine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmaması,
- Müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsisi ve bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve veya işyerlerine yaklaşmaması,
- Aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesi
- Aile bireylerini iletişim araçları ile rahatsız etmemesi,
- Varsa silah veya benzeri araçlarını genel kolluk kuvvetlerine teslim etmesi,
- Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanılmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmaması,
- Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması gerekmektedir.

2.3.2 Ailede Kadına Yönelik Şiddette Hemşire ve Ebenin Rolü

DSÖ (2002) kadın sağlığına verdiği ciddi zararlar nedeniyle ailede kadına yönelik şiddeti, ciddi ve öncelikli bir sağlık sorunu olarak kabul etmiştir. Aile içi şiddet özellikle halk sağlığı ile ilgili kaynaklarda "gizli ya da sessiz epidemi" olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenlerle sağlık çalışanlarının kadına yönelik aile içi şiddetin tanı ve tedavisini yapmaya yönelik eğitilmeleri ve desteklenmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Ergönen ve ark 2006).

Türkiye'de aile içi şiddetin nedenlerinin belirlenmesi ve soruna çözüm getirilmesi için öncelikle aile yapısının doğru saptanması gerekmektedir. Türkiye'de aile içinde yaşanan sorunlar, en yakın kişilere bile zor anlatılmaktadır. Bu durum şiddetin giderek yaygınlaşmasına neden olduğu gibi şiddete maruz kalan bireylerin yardım almalarını da güçleştirmektedir. Şiddetin açığa vurulması halinde ise genellikle o bireye yardımcı olmak yerine "kol kırılır, yen içinde kalır" anlayışıyla, aile birliğinin sürmesi adına sessiz kalması önerilmektedir (Vatandaş 2003).

Şiddeti yaşayan kadın ve çocukların en kolay ulaşabilecekleri kurum genelde sağlık kuruluşlarıdır**.** Şiddete maruz kalmış kadınların dışarıda ilk ve tek ilişki kurdukları insan genellikle sağlık personeli olmaktadır (Rynerson 1997). Hemşireler hem mesleki

sorumlulukları hem de toplumun hizmet üreten kadın kesiminin önemli bir oranını oluşturmaları nedeniyle kadına yönelik şiddete karşı bir bakış açısına sahip olmaları önemlidir. Bu konuda hemşirelere düşen en önemli sorumluluk kadınları şiddeti önleme ve şiddete maruz kaldığı zaman neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirmektedir. Özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebelere önemli roller düşmektedir. Hemşireler kadınlara şiddet türleri, şiddetin nedenleri ve sonuçları hakkında eğiterek ve olası çözüm yollarını öğreterek etkili olabilirler (Güler ve ark 2005, Frost 1999).

Sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri anlayışıyla yeniden yapılandırıldığı ülkelerde sağlık çalışanları aile içinde kadına uygulanan şiddetin her aşamada (tanıma, önleme, tedavi ve bakım, rehabilitasyon gibi) ele alınmasında önemli roller üstlenebileceklerinin farkına varmışlardır. Ancak ülkemizde böyle bir farkındalığın oluştuğunu söylemek güçtür. Kurumlarımızda sağlık ekibi üyeleri ve hemşireler, kuruma başvuran kadınların tedavi ve bakım gerektirenler dışındaki sorunlarıyla genelde ilgilenmemektedirler. Hemşire-ebe eğitiminde kadın istismarı konusuna müfredat programlarında yeterince yer verilmediği belirtilmektedir. Ayrıca ülkemizdeki hemşirelik ve tıp kitaplarında bu konuya yer verilmemesi, sorunun yeterince önemsenmediğini ya da sağlık ile şiddet ve istismar ilişkisinin yeterince kurulmadığını düşündürmektedir (Gömbül ve Buldukoğlu 1997).

Oysa hemşireler eş şiddeti yaşayan her yaşta, her sosyo-ekonomik, kültürel ve eğitimsel düzeydeki kadınla ve uygulamaların her alanında karşılaşılabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin kadına yönelik şiddeti önleme, şiddete uğrayan kadınları saptama ve yardım etmeye yönelik bilgi ve becerilere sahip olmasının gerekliliği açıktır. Bu durum hemşirelerin genelde kadın olması ve kadının kendisini hemşireyle konuşmada daha rahat hissedebilmesi nedeniyle ayrıca önem kazanmaktadır (Seçkin ve ark 2007, Gömbül ve Buldukoğlu 1997).

Sağlık hizmeti verenler şiddete uğrayan kadına çok yönlü yardım ve katkı sağlayabilirler. Ancak, sağlık hizmeti verenlerin birçok olguyu fark etmemeleri ya da kayıtsız kalmaları, bazen yargılayıcı olmaları, mesleki sorumluluk olarak görmemeleri ya da yeterli bilgiye sahip olmamaları şiddete müdahaleyi engelleyici olmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2005, Hamberger ve Patel 2004, Moreno 2002, Williamson 2000). Sağlık hizmeti sunanlara yeterli eğitim ve destek sağlanmasının şiddete uğrayan kadınların fiziksel, duygusal ve güvenlik gereksinimlerini karşılamada daha etkin olmalarını sağlayabileceği vurgulanmaktadır (Rynerson 1997).

Sağlık çalışanlarının şiddeti ele almada özen göstermesi gereken ilkeler (Sağlık Bakanlığı 2005):

- *Mahremiyete saygı gösterin:* Bütün konuşmalar, ailenin diğer üyeleri katılmadan, gizlilik içinde olmalıdır. Gizli kalması gereken konulardan kurbanın izni olmadan meslektaşlarına söz etmemeli ve kurbanın rızası alınmadan polisi çağırmamalıdır. Bu sağlık personeline güvenin gelişmesi ve kurbanın güvenliğinin sağlanması için şarttır.
- *Kurbanın yaşadıklarına inanın:* Kurban dinlenmeli ve ona inanılmalıdır. İçinde bulunduğu duygular olduğu gibi kabul edilmeli ve yalnız olmadığı ona hissettirilmeli ve pek çok kadının benzer olayları yaşadığı unutulmamalıdır.
- *Yaşanan adaletsizliğin farkında olun:* Yaşadığı şiddet onun kabahati değildir. Kimse istismarı hak etmez.
- *Özerkliğine saygı gösterin*: Sığınma evine gitmeyi, aile danışmanlığı almayı ya da polise haber vermeyi önermek ancak onun adına harekete geçmemek. Hazır olduğunda kendi yaşamıyla ilgili kararları alma hakkına saygı gösterilmeli çünkü kendi yaşamını en iyi bilen kendisidir.
- *Gelecekte daha güvende olmak için planlama yapmasına yardımcı olun:* Önceden güvende olmak için ne yapmıştır? Bu işe yaramakta mıdır? Evden hemen ayrılması gerektiğinde gidebileceği bir yer var mıdır? Bu konularda düşünüp plan yapmasına yardımcı olmak ve yol göstermek.
- *Yaşadığı yerdeki hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırın:* Yaşadığı yerde bulunan kaynaklar, şiddete maruz kalan kadınlar için bir alo imdat hattı ya da sığınma evi olup olmadığı öğrenilmeli ve gerekiyorsa kadın bilgilendirilmelidir.
- *Şiddeti yaşayan kişinin davranış özelliklerinin farkında olun*

Şiddete maruz kalan kadınlar aşağıdaki nedenlerle sağlık personeline yaşadıkları şiddetten bahsetmemektedirler (Sağlık Bakanlığı 2005):

1. Tekrar şiddete maruz kalacağı kaygısı,
2. Utanma ve damgalanma korkusu,
3. İstismarı hak ettiği düşüncesi
4. Eşini koruyucu tavır
5. Durumun önemini kavrayamama, gelecek riskleri hesaplayamama ve sağlık personelinin yardımcı olamayacağı düşüncesi.

Şiddeti Ele Almada Birinci Basamak Hizmetler:

Birinci basamakta çalışan hemşireler için ev ortamı iletişimi geliştirebilmede en uygun yer olduğundan şiddeti taramada ideal bir ortamdır. Birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin yapacakları ev ziyaretleri ile kadın, çocuk ve yaşlı istismarı ve ihmalinde azalma sağlayabilecekleri bildirilmektedir (Kalaça ve Kalaça 1999). Hemşire eve geldiğinde, hastanın veya ailenin yaşam tarzını ve kadın ile eşi arasındaki iletişimi gözleme fırsatı bulacaktır. Hemşireler preterm doğum ve düşük hikâyesi olan kadınlarda istismar olabileceğini düşünmelidir. Ayrıca prenatal bakım almayan veya geç gelen bir kadının şiddete uğruyor olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı durumlarda eşleri kadını sağlık bakım sisteminin dışında tutarak sorunu gizlemeye çalışabilmektedir. Evde izlemler bu tür gizli olguları saptamada en uygun yöntem olacaktır (Christian 1995). Bütün gebeler ebe ve hemşireler tarafından istismar yönünden taranmalıdır. Hemşire gebe kadının maruz kaldığı istismarı belirleyebilmek için ev ziyareti sırasında şiddete yönelik sorgulama yapması önemlidir. Hemşire ve ebeler şiddete yönelik sorgulama yaparken aşağıdaki ilkelere uymalıdır (Şatıroğlu 2003);

- Şiddeti geçmişi, şimdiki zamanı kapsayacak şekilde, fiziksel, duygusal ve cinsel boyutu ile sorgulayan sorular sorulmalı,
- Hizmet sunan ile alanlar arasındaki engelleri kaldırmalı (eğitim eksikliği, mekân ve zaman kısıtlılığı, güvenlik sorunu, motivasyonu kaybetme gibi),
- Yan tutulmamalı ancak kadına yönelik koruyucu bir yaklaşım (kadını koruyucu bir yaklaşım benimsemelidir),
- Kadının güvenliğini tehlikeye atabilecek herhangi bir davranıştan kaçınılmalı,
- Uygun hizmet birimlerine (CYBH, Psikiyatri) sevk etmeli,
- Yasal yollara başvurması için yol göstermeli ve destekleyici olmalı.

Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda aile içi şiddete yaklaşımda sağlık personelinin yaklaşımları birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları çerçevesinde ele alınmaktadır. Aşağıdaki ilkelerin yerine getirilmesi önerilmektedir (Ünal ve Bilge 2004, Tel 2002, Porter 2003, Yanıkkerem 2002, Hartman ve Davey 2001, Carson 2000, Browne ve Herbert 1997, Campbell ve Landenburger 1993):

- Risk gruplarını belirleme (kalabalık ve ataerkil aile, genç yaşta evlilik, çocuklukta şiddete tanık olma ya da uğrama, işsizlik, madde bağımlılığı, yoksulluk şiddet riskini artıran durumlardır),

- Geçmişe ve geleceğe yönelik tarama yapma,
- Erken belirti ve bulguları saptayarak erken tanı ile şiddeti önleme,
- Şiddetin önlenmesi ve toplumdaki farkındalığın geliştirilmesinde eğitimler yapma,
- Çocukların kontrol edilme yöntemi olarak şiddete alternatif yöntemler öğretilerek, aile içi şiddet döngüsünü kırma,
- Şiddet oluştuğunda ayrıntılı şiddet öyküsü alma,
- Şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını yapma,
- Güvenlik önlemleri alma (acil yardıma ihtiyaç olduğunda arkadaş, aile ve polisi aramak gerektiğinde kullanmak üzere numaraları hazır tutulmalı, evden ayrılacağı zaman nereye gideceğine önceden karar vermeli, ulaşımı sağlayacak otobüs bileti, taksi numarası veya araba anahtarları hazır bulundurulmalı, anahtar, para, önemli evrak ve giysilerin olduğu çanta hazır bulundurulmalı),
- Şiddet sonrasında oluşan fiziksel ve psikososyal travmanın uzun dönem etkilerini en aza indirmek için uzun süreli terapi, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri sunma.

Şiddete Maruz Kalmış Kadının Hemşirelik Bakımı

Şiddete maruz kalmış kadının hemşirelik bakımı gerekli verilerin toplanması, hemşirelik tanılarının oluşturulması, uygun hemşirelik girişimlerinin seçilerek uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarından oluşan problem çözme süreci doğrultusunda ele alınmalıdır.

Veri toplama

Hemşire veri toplarken ve girişimleri sırasında kadının kendisi, sağlık kayıtları ve sağlık ekibinin diğer üyelerinden bilgi alır. Bunun yanında hemşire şiddet konusundaki girişimlerde sağlık ekibi üyeleri ve ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmalı ve kendisi ya da kurbanın güvenliğini her zaman göz önünde bulundurmalıdır.

- Şiddet ve istismar öyküsü alınmalı (geçmişte ve halen şiddet öyküsü, kim tarafından uygulandığı, sıklığı, türü ve derecesi vs.),
- Şiddet belirtileri (fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel) değerlendirilmeli,
- Kadının sözel olmayan şiddet belirti ve bulguları gözlenmeli,
- Şiddet varsa yaralanmanın yeri, derecesi ve sıklığı sorgulanmalı,
- Kadının sosyal destek durumu değerlendirilmelidir.

Bu verilere dayanarak şu tanılar konulabilir:

Hemşirelik Tanıları:

Sözel istismara bağlı benlik saygısında bozulma.

Tehlikeli istismar olayına bağlı anksiyete.

Koca tarafından sözel istismara bağlı depresyon.

Eşten fiziksel zarar görme potansiyeline bağlı korku.

Şiddet döngüsü ile ilgili bilgi eksikliği.

Fiziksel yaralanma.

Etkisiz bireysel baş etme.

Ümitsizlik (istismar ile ilgili)

Güçsüzlük

Aile sürecinde değişme (Ünal ve Bilge 2004, Nelms 1999).

Bu hemşirelik tanılarına göre uygun girişimler ise;

Uygulama:

- Hemşire/ebe uygulamalar sırasında kadının güçlü, değerli, güvenli hissetmesine ve kontrol duygusu kazanmasına yardım edici olmalı,
- Şiddetin önlenmesi ve şiddet sonrası neler yapılabileceği konularında eğitim verilmeli,
- Şiddet olayı olduğunda kadının başvurabileceği kuruluşlar konusunda bilgilendirilmeli,
- Fiziksel ve mental sağlığı yükseltmek için problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirme, çocuk cezalandırmasında alternatif yöntemler bulma ve destek sistemlerini geliştirme yönünde desteklenmeli,
- Kadının duygularını açıklamasına izin verilmelidir.

Değerlendirme aşamasında aşağıdaki sorulara cevap aranmalıdır**.**

Değerlendirme

- Kadın kendi yaşamına ilişkin kararlar alıp uygulayabiliyor mu?
- Korku ve anksiyetesini tanımlayabiliyor mu?
- Yaşama pozitif bakabiliyor mu?
- Kendine ve başkalarına güvenebiliyor mu?

Hemşire bu sorulara alınan yanıtlara dayanarak ve gerekiyorsa yeni girişimler planlayarak hemşirelik girişimlerinin hedeflere ne kadar ulaştığına karar vermeli ve bakımın sürekliliğini sağlamalıdır.

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin aile içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Konya ili üç merkez ilçeden (Karatay, Meram, Selçuklu) oluşmaktadır. 2006 yılı ETF kayıtlarına göre Karatay ilçesinin ilçe merkez nüfusu 235.976; Meram ilçesinin ilçe merkez nüfusu ise 333.500 ve Selçuklu ilçesinin merkez nüfusu ise 429.882'dir. Araştırma Konya ili merkez ilçeleri Karatay, Meram, Selçuklu'ya bağlı bulunan 40 merkez sağlık ocağında yapılmıştır (Konya İl Sağlık Müdürlüğü 2006).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırma evrenini Konya İl Sağlık Müdürlüğü (2006) verilerine göre Konya merkez ve merkeze bağlı sağlık ocaklarında görev yapan toplam 426 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Evrenin tümü araştırmaya dâhil edilmiştir. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenirken 98 hemşire ve ebeye raporlu, yıllık/ücretsiz izinli olmaları, anket doldurmayı kabul etmemeleri ve ön uygulamada yer almaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Araştırmanın çalışma grubu 328 hemşire ve ebeden oluşmuştur.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemşire ve ebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren bir anket formu (EK 1), hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma (HEKYŞBT) durumlarını değerlendirmek için "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ)" (EK 2) ve eş dövmeye ilişkin tutumlarını (EDİT) değerlendirmek amacı ile "Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (EDİTÖ)" (EK 3) kullanılmıştır.

Hemşire ve Ebeleri Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak (Haggblom ve ark 2005, Lazenbatt ve ark 2005, Mezey ve ark 2005, TNSA 2003, Vatandaş 2003, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Demir 2000, Gömbül 1998) oluşturulan 26 soruluk anket formu sosyo-demografik özellikler (yaş, aylık gelir, ekonomik durumu algılama, çocuk durumu, yaşamın çoğunluğunu geçirdiği yer, annesinin ve babasının eğitim durumu), evlilikle ilgili

özellikler (medeni durum, evlilik şekli, eşiyle birlikte olma şekli, evlilik süresi, eşinin eğitim durumu), mesleki özellikler (meslek, mezun olunan okul, meslekte ve birinci basamak hizmetlerinde toplam çalışma süresi, öğrenimi sırasında ve meslek yaşamı sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitime katılma durumu), şiddet öyküsü (yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu ve sıklığı, halen şiddete uğrama durumu, çocuğuna şiddet uygulama durumu), mesleki alanda şiddetle karşılaşma durumu (şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu, şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında yaptığı uygulama, kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma durumu) ile ilgili soruları içermektedir.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ) (The Scale for Recognizing the Signs of Violence Against Woman by Nurses and Midwifes)

Baysan (2003) tarafından geliştirilen ve geçerliliği güvenirliği çalışılan ölçek, "doğru" ve " yanlış" şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır.

HEKYŞBTÖ'deki maddelere vermiş oldukları yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1,3,4,6,5,7,10,12,16,17,18,20,21,22,24,25,26,27,28,29) "Doğru" seçeneğine "1" puan, "Yanlış" seçeneğine "0" puan, negatif ifadelerde (2,6,8,9,11,13,14,15,19,23,30,31) Doğru" seçeneğine "0" puan, "Yanlış" seçeneğine "1" puan verilmektedir. Bu puanlar kullanılarak, toplam ve iki alt boyuta (*fiziksel* ve *duygusal*) göre puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Puanlama toplam ölçek puanı için (en düşük-en yüksek) 0–31, fiziksel alt ölçek puanı için 0–13, *duygusal* alt ölçek puanı için ise 0–18 olarak belirlenmektedir. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 80'i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri "Yeterli", % 50–79' unu doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri "Kısmen Yeterli", % 50 ve daha azını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri "Yetersiz" olarak değerlendirilmiştir (Baysan 2003). Toplamda ve alt boyutlarda bu yüzdelik dilimlere karşılık gelen madde sayılarına göre yeterlilik durumlarının dağılımları Tablo 3.4.2.1'de verilmiştir.

Tablo: 3.4.2.1 Ölçekte toplam ve alt boyutlarda madde sayısına göre yeterlilik durumları

Yeterlilik durumu	Ölçek Alt Boyutlarına Göre Madde Sayıları		
	Fiziksel	Duygusal	Toplam
Yeterli (% 80 ve ↑)	7-13	14-18	21-31
Kısmen yeterli (% 50–79)	6	9-13	14-20
Yetersiz (% 49 ve ↓)	5↓	8↓	13

Ölçeğin Geçerliliği:

1.Kapsam (İçerik) Geçerliliği: Ölçek 79 madde olarak hazırlanmış ve 12 profesyonelin görüşüne sunulmuş ve onların görüşleri doğrultusunda değişiklik yapılarak 33 madde şeklinde uygulanmış ve araştırma sonrası 31 madde olarak uygulanması önerilmiştir.

2.Yapı-Kavram Geçerliliği:

"HEKYŞBTÖ"nün yapı geçerliğine yönelik olarak Bileşen Çözümlemeleri (Factor Analyses) yöntemi kullanılmış ve kadına yönelik şiddetin fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç yönünü yansıtan üç faktör (alt boyut) elde edilmiştir. Ortaya çıkan üç alt boyuttan Cinsel Belirtiler Alt Ölçek boyutunda iki maddenin yer alması ve bu maddelerin cinsel istismarın fiziksel yönüne ait belirtileri kapsaması nedeniyle, Fiziksel Belirtiler Alt Ölçek maddeleri arasında yer alabileceğine karar verilmiştir. İstatistik uzmanlarının önerileri doğrultusunda temelde iki alt boyutta (Faktörde) toplanmıştır.

● Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği (1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,25,27,28)

●Duygusal Belirtiler Alt Ölçeği (3,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,26,29,30,31)

Ölçeğin Güvenirliği:

1.İç Tutarlılık:

Ölçeğin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı incelenmiştir. Sağlık ocaklarında görev yapan 154 hemşire ve ebeye uygulanmış ve cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur.

HEKYŞBT'nin *fiziksel* ve *duygusal* alt ölçek puanları ile *toplam* ölçek puanı arasındaki korelasyonu pearson`s korelasyon hesaplaması ile incelenmiştir. Toplam ölçek puanı ile *fiziksel* ($r = 0.85$, $P < 0.01$) ve *duygusal* ($r = 0.88$, $P < 0.01$) alt ölçek puanları arasında kuvvetli ve olumlu yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Fiziksel ve duygusal ölçek

puanları arasında da orta derecede ve olumlu yönde korelasyon saptanmıştır (r = 0.52, P< 0.01). Ölçeğin pozitif yönde ilişkili alt ölçeklerden oluştuğu ve bunun ölçeğin güvenle kullanabilirliği yönünde olumlu bir bulgu olduğu bildirilmiştir.

Ölçek hemşire ve ebelerin kendisi tarafından okunarak yanıtlanmaktadır.

3.4.3 Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (EDİTÖ) (The Scale For Attitudes Toward Wife Beating)

Ölçek kadınların eşleri tarafından dövülmesine yönelik tutumları ölçmektedir. Haj-Yahia (1998) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Sakallı (2001) tarafından yapılmıştır. Geçerliliği ve güvenirliği çalışılan ölçek 1 (eş şiddetine karşı olumsuz-karşı tutumu) ve 6 (eş şiddetine karşı olumlu-onaylayıcı tutumu) arasında değerlendirilen 24 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 34, en yüksek puan 134'dür. Yüksek puanlar eş şiddetine karşı olumlu-onaylayıcı tutum anlamına gelmektedir.

Ölçeğin Geçerliliği:

1.Kapsam (İçerik) Geçerliliği: Ölçek iki kişi tarafından Türkçeye çevrilmiş ve sözcüklerin ifadesi ve dizimindeki uygunsuzluklar karşılaştırılarak doğrulanmıştır. Elde edilen Türkçe form iki kişi tarafından bağımsız olarak İngilizceye çevrilmiş ve iki metin arasında tutarlılık kontrolü yapılmıştır.

2.Yapı –Kavram Geçerliği:

EDİTÖ'nün yapı geçerliğine yönelik olarak Bileşen Çözümlemeleri (Factor Analyses) yöntemi kullanılmıştır. Dört faktör ele alınmıştır: 1.Faktör, eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olduğu (EDKE); 2.Faktör, eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklandığını (EDKH); 3.Faktör, eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olduğu (EDKS); 4.Faktör, eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olduğu (EDES) ile ilgili maddelerden oluşmaktadır.

Ölçeğin Güvenirliği:

1.İç Tutarlılık:

Ölçeğin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı incelenmiştir. Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde genel ve sosyal psikoloji dersi alan 221 öğrenciye uygulanmış ve tüm ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Her bir faktörün cronbach alfa değeri sırasıyla 0.95, 0.69, 0.76, 0.59' dur. 1.Faktör'ün özdeğeri 11.78, toplam varyans % 49.08; 2.Faktör'ün. özdeğeri 1.57, toplam varyans % 6.53; 3. Faktör'ün

özdeğeri 1.22, toplam varyans % 5.11; . 4.Faktör'ün özdeğeri 1.16, toplam varyans % 4.84 olarak bulunmuştur.

2.İki Yarım Güvenirliği:

Ölçeğin iki yarım güvenirliği 0.85'dir.

3.5.Ön Uygulama

Veri toplama formlarındaki soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla araştırma öncesi 4 No'lu sağlık ocağında çalışan 16 hemşire ve ebeye ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 – 20 dk. sürdüğü gözlemlenmiştir.

3.6 Verilerin Toplanması

Veriler 6 Mart–30 Nisan 2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından sağlık ocakları ziyaret edilerek toplanmıştır. Hemşire ve ebelerin onamları alınmış ve ardından anket formları ve ölçekler araştırmacı denetiminde hemşire ve ebelerin kendisi tarafından okunarak yanıtlanmıştır.

3.7 Değişkenler

Değişkenler iki şekilde ele alınmıştır.

HEKYŞBT İle İlgili Değişkenler

Bağımlı değişken

—Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumu

Bağımsız değişkenler

—Mesleki özellikler (meslek, mezun olunan okul, meslekte ve birinci basamak hizmetlerinde toplam çalışma süresi, öğrenimi sırasında ve meslek yaşamı sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitime katılma durumu)

— Şiddet öyküsü (yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu ve sıklığı)

—Mesleki alanda şiddetle karşılaşma (şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu, kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma durumu)

EDİT'le İlişkili Değişkenler

Bağımlı değişken

— EDİT

Bağımsız değişken:

— Sosyo-demografik özellikler(yaş, aylık gelir, algılanan ekonomik durum, yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer, annesinin ve babasının eğitim durumu)

— Evlilikle ilgili özellikler (medeni durum, evlilik süresi, eşinin eğitim durumu)

— Mesleki özellikler (meslek, mezun olunan okul, meslekte ve birinci basamak hizmetlerinde toplam çalışma süresi, öğrenimi sırasında ve meslek yaşamı sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitime katılma durumu)

— Şiddet öyküsü (yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu ve sıklığı)

—Mesleki alanda şiddetle karşılaşma (şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu, kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma durumu)

3.8 Terminoloji Tanımlaması

Şiddet: Araştırmada şiddet kavramı, fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddeti kapsayıcı birey ve toplum sağlığını tehdit eden bir davranış olarak ele alınmıştır.

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri denetlemesi yapıldı ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Bu araştırmada sayı ve yüzde dağılımı, ortalama incelemesi yanında ikiden fazla bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Kruskall-Wallis, iki bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Mann-Whitney U testi, farklı grupların belirlenmesinde Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Önem değerinde çift yönlü "p" değeri kullanılmış ve 0.05'den küçük değerler önemli kabul edilmiştir. Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testinde P değerleri her bir karşılaştırma için ayrı ayrı hesaplanarak (0.05/ ikişerli karşılaştırma sayısı) bulunan "p" değerlerinden küçük değerler önemli kabul edilmiştir (Alpar 2001).

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

—Araştırmadan elde edilen bilgiler araştırma bölgesindeki sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelere genellenebilir.

—Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilecek bilgiler hemşire ve ebelerin öz bildirimine dayalıdır.

—Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için HEKYŞBTÖ ve eş dövmeye ilişkin ölçek verileri ile sınırlıdır.

3.11 Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Araştırmanın amacı sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını saptamaktır. Araştırmanın iki ana ve on alt hipotezi bulunmaktadır.

1. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile hemşire ve ebelerin bireysel ve mesleki özellikleri arasında ilişki vardır.

1.1. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile mesleki özellikler arasında ilişki vardır.

1.2. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile şiddet öyküleri arasında ilişki vardır.

1.3. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşma durumları arasında ilişki vardır.

1.4. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile mesleki sorumluluk görme ve yeterli bilgiye sahip olma arasında ilişki vardır.

2. EDİT ile hemşire ve ebelerin bireysel özellikleri, mesleki özellikleri ve yeterli bilgiye sahip olma arasında ilişki vardır.

2.1. EDİT ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki vardır.

2.2. EDİT ile evlilik özellikleri ve eş eğitimi arasında ilişki vardır.

2.3. EDİT ile mesleki özellikler arasında ilişki vardır.

2.4. EDİT ile şiddet öyküleri arasında ilişki vardır.

2.5. EDİT ile mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşma durumları arasında ilişki vardır.

2.6. EDİT ile mesleki sorumluluk görme ve yeterli bilgiye sahip olma arasında ilişki vardır.

3.12 Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce araştırma için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK 4). Anket formları doldurulmadan önce hemşire ve ebelere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.12.1 Onam Formu

Sayın katılımcı;
Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi ve tutumlarına ilişkin bir çalışma yapmaktayım. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

4. BULGULAR

Konya kent merkezi ve bağlı bulunan 40 merkez sağlık ocağında çalışan 153 hemşire ve 175 ebe olmak üzere toplam 328 hemşire ve ebenin aile içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının belirlendiği çalışmada araştırma grubuna ait bulgular üç başlık altında sunulmaktadır;

4.1. Hemşire ve ebelere ait tanımlayıcı bulgular

4.2. HEKYŞBT'leri ile ilişkili bulguları

4.3. Hemşire ve ebelerin EDİT'leri ile ilişkili bulguları

4.1. Hemşire ve Ebelere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.1.1 Hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

	Sayı	**%**
Yaş grupları		
30 yaş ve↓	119	36.3
31–35	124	37.8
36 yaş ve ↑	85	25.9
Algılanan ekonomik durum		
Kötü	44	13.4
Orta	231	70.4
İyi	53	16.2
Çocuk durumu		
Var	267	81.4
Yok	61	18.6
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer		
İlçe*	105	32.0
İl	223	68.0
Annesinin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	60	18.3
İlkokul	238	72.6
Ortaokul ve ↑ **	30	9.1
Babasının eğitim durumu		
İlkokul ve ↓***	223	68.0
Ortaokul ve ↑****	105	32.0

* 17 kişi (%5.2) köyde yaşamıştır.
** 7 kişi (%2.1) ortaokul, 18 kişi (%5.5) lise,5 kişi (%1.5) yüksekokul eğitimlidir.
*** Okuryazar olmayan 6 kişi ilkokul grubuna dahil edilmiştir.
**** 35 kişi (%10.7) ortaokul, 36 kişi (%11.0) lise, 34 kişi (%10.4) yüksekokul eğitimlidir.

Araştırmaya katılan 328 hemşire ve ebenin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.1' de yer almaktadır. Hemşire ve ebelerin % 37.8' i 31–35 yaş grubunda

ve % 36.3' ü 30 ve alt yaş grubunda yer almaktadır. (Yaş ortalaması 32.7 ± 5.3 ve aylık ortalama gelirleri 955 ± 177.1 YTL olduğu bulunmuştur). Algılanan ekonomik duruma göre hemşire ve ebelerin % 70.4' ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiştir ve % 81.4' ü çocuk sahibidir. Hemşire ve ebeler en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre dağılımları incelendiğinde; % 68.0' inin en uzun şehirde yaşadığı saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin anne ve babalarının eğitim durumlarına bakıldığında, çoğunluğunun anne (% 72.6) ve babalarının (% 68.0) ilkokul mezunu olduğu, ortaokul ve üzeri mezunu olma oranının (% 32.1) babalarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Annelerin ise % 18.3' ü okur yazar değildir.

Tablo 4.1.2 Hemşire ve ebelerin evlilik özellikleri ve eş eğitimi durumlarına göre dağılımları

	Sayı	**(%)**
Medeni durum (n=328)		
Evli	291	88.7
Evli değil	37	11.3
Evlenme şekli (n=291)		
Görücü usulü	92	31.6
Anlaşarak	199	68.4
Evlilik süresi (yıl) (n=291)		
5 ve↓	55	18.9
6–10	103	35.4
11–15	84	28.9
16 ve ↑	49	16.8
Eşin eğitim durumu(n=291)		
Lise ve ↓*	80	27.5
Üniversite ve ↑	211	72.5

*İlkokul mezunu 5 kişi (% 1.5) lise ve altı eğitim grubuna dahil edilmiştir.

Hemşire ve ebelerin % 88.7' sinin evli olduğu (evli olanların tümü resmi nikahlıdır), evli hemşire ve ebelerin % 68.4'ünün anlaşarak evlendikleri bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin % 35.4' ünün evlilik süresinin 6–10 yıl, % 28.9' u 11–15 yıl olduğu bulunmuştur. (Ortalama evlilik süresi 9.1±6.0 yıldır). Hemşire ve ebelerin eşlerinin % 72.5' inin yüksekokul ve üstü eğitimli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3 Hemşire ve ebelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları

	Sayı	(%)
Meslek		
Hemşire	153	46.6
Ebe	175	53.4
Mezun olunan okul		
Sağlık meslek lisesi	127	38.7
Ön-lisans	132	40.2
Yüksekokul	69	21.1
Meslekte çalışma yılı		
5 ve ↓	35	10.7
6–10	84	25.6
11–15	112	34.1
16 ve ↑	97	29.6
1. basamak hizmetlerinde çalışma yılı		
5 ve ↓	114	34.8
6–10	118	36.0
11–15	56	17.0
16 ve ↑	40	12.2
Öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma		
Eğitim alan	57	17.4
Eğitim almayan	271	82.6
Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet-içi eğitim alma		
Eğitim alan	19	5.8
Eğitim almayan	309	94.2
Toplam	328	100.0

Tablo 4.1.3'de hemşire ve ebelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırmaya katılanların % 53.4' ü ebe, % 46. 6' sı hemşiredir. Hemşire ve ebelerin % 40.2' si ön-lisans, % 38.7' si sağlık meslek lisesi ve % 21.1' i ise yüksekokul mezunudur.

Hemşire ve ebelerin meslekte çalışma sürelerine göre dağılımlarına bakıldığında; % 34.1' i 11–15 yıl, % 29.6' sı 16 ve üzeri yıl çalışma süreleri olduğu bulunmuştur. (Meslekte çalışma süresi ortalama 12.4±6.0 yıldır). Hemşire ve ebelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri incelendiğinde; % 36.0' sının 6–10 yıl, % 34.8' i 0–5 yıl hizmet süreleri olduğu saptanmıştır. (Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ortalama çalışma süreleri 8.2±6.0 yıldır).

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde; % 82.6' sının öğrenimleri sırasında ve % 94.2' sinin ise meslekte çalışma süresi içinde kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.4 Hemşire ve ebelerin şiddet öykülerine göre dağılımları

	Sayı	(%)
Yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu (n=328)		
Hiç	165	50.3
1–2 kez	57	17.4
3 ve ↑ kez	106	32.3
Şiddeti uygulayan kişi *		
Baba	46	14.0
Anne	47	14.3
Eş	68	20.7
Diğer**	39	12.0
Halen şiddete maruz kalma durumu (n=163)		
Evet	29	17.2
Hayır	134	82.8
Kendisinin çocuğuna şiddet uygulama durumu* (n=267)**		
Uygulayan	132	49.4
Uygulamayan	135	50.6

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n=163' den fazladır (n=200)
**20 kişi (%6.1) hasta ve yakınları, 1 kişi (%0.3) nişanlı, 4 kişi (%1.2) arkadaş, 3 kişi (%0.9) öğretmen, 5 kişi (%1.5) kardeş, 6 kişi (%1.2) akrabası tarafından şiddete maruz kalmıştır.
***Yalnızca çocuğa olanlara sorulmuştur.

Tablo 4.1.4 hemşire ve ebelerin şiddet öykülerine göre dağılımlarını göstermektedir. Hemşire ve ebelerin % 50.3'ü yaşamı boyunca hiç şiddete uğramadığını, % 32.3'ü üç ve daha fazla, % 17.4'ü bir ya da iki kez şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddeti uygulayan kişi olarak ilk sırada eş (% 20.7) gelmekte, sırasıyla anne (% 14.3), baba (% 14.0) ve diğer kişiler yer almaktadır. Halen şiddete maruz kalan (% 17.2) ebe ve hemşire bulunmaktadır. Çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin % 49.4'ü çocuğuna şiddet uyguladığını belirtmiştir.

Tablo 4.1.5 Hemşire ve ebelerin mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşma durumları ve yaptıkları uygulamalara göre dağılımları

	Sayı	%
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu		
Karşılaşan	235	71.6
Karşılaşmayan	93	28.4
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaşıldığında yapılan uygulamalar*		
Dinleme ve destekleme	92	28.0
Yasal hakları ve kurumsal yardım konularında bilgilendirme	87	26.5
Hiçbir şey yapmama	57	17.4
Anamnez alma ve hekime yönlendirme	54	16.5

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n 235'in üzerindedir (n=290).

Hemşire ve ebelerin % 71.6' sı mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır. Şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıldığında yapılan uygulamalar sırasıyla; dinleme ve destekleme (% 28.0), yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi verme (% 26.5), hiçbir şey yapmama (% 17.4) ve anamnez alma ve hekime yönlendirme (% 16.5) şeklindedir.

Tablo 4.1.6 Hemşire ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görme ve yeterli bilgiye sahip olma konusunda düşüncelerinin dağılımı

	Sayı	**%**
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmeme		
Mesleki sorumluluktur	283	86.3
Mesleki sorumluluk değildir	45	13.7
Şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşüncesi		
Yeterli	42	12.8
Yetersiz	286	87.2

Tablo 4.1.6 hemşire ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görme ve yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşüncelerinin dağılımını göstermektedir. Hemşire ve ebelerin % 86.3' ü şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak görmekte ve % 87.2' si şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir.

Tablo 4.1.7 HEKYŞBTÖ'nün alt boyutları ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımı

Alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları	**$\bar{X}$**	**SS**	**Min.**	**Max.**
Fiziksel belirtiler alt ölçek	6.99	1.62	3	11
Duygusal belirtiler alt ölçek	9.59	2.33	2	16
Toplam ölçek	17.07	3.40	9	27

Tablo 4.1.7' de HEKYŞBTÖ (hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin ölçek)'nün alt ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı

incelendiğinde; *fiziksel* belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 6.99±1.62, *duygusal* belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 9.59±2.33 ve toplam ölçek puan ortalamasının 17.07±3.40 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.8 HEKYŞBT'lerine ilişkin fiziksel ve duygusal alt ölçek ve toplam ölçek puanlarına göre bilgi düzeyinde yeterlilik durumlarının dağılımı

Yeterlilik durumu	**Yeterli**		**Kısmen yeterli**		**Yetersiz**		**Toplam**	
	Sayı	**(%)**	**Sayı**	**(%)**	**Sayı**	**(%)**	**Sayı**	**(%)**
Fiziksel alt ölçek	17	(5.2)	255	(77.7)	56	(17.1)	328	(100.0)
Duygusal alt ölçek	4	(1.2)	218	(66.5)	106	(32.3)	328	(100.0)
Toplam ölçek	3	(0.9)	211	(64.3)	114	(34.8)	328	(100.0)

Tablo 4.1.8' e göre, hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtilerini tanımada % 77.7' sinin, *duygusal* belirtilerini tanımada % 66.5' inin, kadına yönelik şiddet belirtilerini genel olarak (*fiziksel - duygusal*) tanımada ise % 64.3' ünün "kısmen yeterli" olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.9 Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı (doğru cevap verenler)

Fiziksel Belirtiler	N (%)
Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismar belirtisi değildir.	280 (85.4)
Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	268 (81.7)
Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir.	255 (77.7)
Kadının ekstremitelerindeki küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini göstermez.	230 (70.1)
Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülmez.	205 (62.5)
Şiddetli kas kontraksiyonları şikâyeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez.	194 (59.1)
Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.	188 (57.3)
Gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez.	173 (52.7)
İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.	161 (49.1)
İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.	161 (49.1)
Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.	173 (41.8)
Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.	110 (33.5)
Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir.	93 (28.4)

Tablo 4.1.9'da hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtilerini bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile kadının sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olmasının istismar belirtisi olmadığını bilme (% 85.4), kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaraların istismarı düşündürmesi (% 81.7) ve kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesinin istismar edildiğini gösterdiğini bilmesi (% 77.7) şeklindedir.

En az doğru cevap verilenler ise; istismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü ve sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü olduğunu bilmeleri (% 49.1), gebe bir kadının erken doğum yapmasının bir istismar belirtisi olduğu (% 33.5) ve nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrıların istismar belirtisi olmadığını bilmesi (% 28.4) şeklindedir.

Tablo 4.1.10 Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı (doğru cevap verenler)

Duygusal Belirtiler	N	(%)
İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinirler.	284	(86.6)
İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.	258	(78.7)
İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar	230	(70.1)
İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikâyetleri vardır	224	(68.3)
İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvurmazlar.	223	(68.0)
İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri sık görülür.	212	(64.6)
Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.	209	(63.7)
Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar düşünülür.	199	(60.7)
İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.	188	(57.3)
İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.	181	(55.2)
İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmazlar	156	(47.6)
İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvurmazlar	146	(44.5)
İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatmazlar.	136	(41.5)
İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşmazlar.	136	(41.5)
Çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiği düşünülür.	121	(36.9)
Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.	103	(31.4)
Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	91	(27.7)
Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülmez	48	(14.6)

Tablo 4.1.10'da hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin *duygusal* belirtileri bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile istismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekindiğini (% 86.6), istismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi olduğunu

(% 78.7) ve istismar edilen kadınların yaşadıklarını tüm ayrıntılarıyla anlatmadıklarını bilmesi (% 70.1) şeklindedir.

En az doğru cevap verilenler ise; çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiğinin düşünülmesi (% 36.9), prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülmesi (% 27.7) ve gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesinin istismarı düşündüreceğini bilmesi (% 31.4) şeklindedir.

Tablo 4.1.11 Hemşire ve ebelerin EDİTÖ'nün alt ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı

Alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları	$\overline{X}$	**SS**	**Min.**	**Max.**
EDKE*	24.84	10.82	15	79
EDKH**	4.54	2.18	3	15
EDKS***	7.76	3.89	4	21
EDES****	3.27	2.23	2	12
Toplam ölçek	40.42	15.89	24	117

* Eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması
** Eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması
*** Eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması
**** Eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması

Tablo 4.1.11'de hemşire ve ebelerin EDİTÖ (Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği)'nün alt ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde; eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE) puan ortalamasının 24.84±10.82, eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH) puan ortalamasının 4.54±2.18, eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS) puan ortalamasının 7.76±3.89, eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES) puan ortalamasının 3.27±2.23 ve toplam ölçek puan ortalamasının 40.42±15.89 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.12 Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE) boyutuna göre dağılımları

Eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE)	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Kocasının akrabalarına saygı göstermeyen kadının kocası tarafından dövülmesi mantıklıdır.	1 (0,3)	5 (1,5)	5 (1,5)	8 (2,4)	65 (19,8)	244 (74,4)
Kocası ile cinsel ilişkiyi sürekli reddeden bir kadın dayak istemektedir.	- -	7 (2,1)	14 (4,3)	12 (3,7)	85 (25,9)	210 (64,0)
Kocasının ana-babasına ve kardeşlerine saygıda kusur eden kadın dayağı hak eder.	1 (0,3)	4 (1,2)	6 (1,8)	8 (2,4)	81 (24,7)	228 (69,5)
Kocasını sürekli dinlemeyip, karşı çıkan bir kadın dayağı hak etmiştir.	1 (0,39	8 (2,4)	11 (3,4)	27 (8,2)	84 (25,6)	197 (60,1)
Eğer arkadaşları önünde kendisini küçük düşürürse kocası karısını dövebilir	1 (0,3)	5 (1,5)	14 (4,3)	17 (5,2)	88 (26,8)	203 (61,9)
Kocasının beklentilerini sürekli olarak yerine getirmeyen kadın dayağı hak eder.	- -	4 (1,2)	7 (2,1)	22 (6,7)	98 (29,9)	197 (60,1)
Kocasının erkekliğine ters düşecek davranışlar yapan kadın dövülebilir.	4 (1,2)	7 (2,1)	20 (6,1)	17 (5,2)	94 (28,7)	186 (56,7)
Kocasına zayıf yönlerini hatırlatmaya inatla devam eden kadın dayağı hak eder.	3 (0,9)	2 (0,6)	22 (6,7)	23 (7,0)	103 (31,4)	175 (53,4)
Dayak yiyen kadın bundan sadece kendisi sorumludur çünkü kocasıyla saçma sapan konuşmuştur.	1 (0,3)	3 (0,9)	7 (2,1)	7 (2,1)	81 (24,7)	229 (69,8)
Kocasına yalan söyleyen bir kadının dövülmesi normaldir.	3 (0,9)	4 (1,2)	23 (7,0)	24 (7,3)	89 (27,1)	185 (56,4)
Dövülen bir kadın kendi sınırlarını bilseydi kocasından bu dayağı yemezdi.	2 (0,6)	7 (2,1)	11 (3,4)	14 (4,3)	85 (25,9)	209 (63,7)
Dayak yiyen kadın bundan sadece kendisi sorumludur çünkü kocasını kızdıracak bir şey yapmıştır	- -	4 (1,2)	5 (1,5)	10 (3,0)	92 (28,0)	217 (66,2)
Çok konuşan ve durmadan kocasını eleştiren bir kadın adeta döv beni demektedir.	2 (0,6)	12 (3,7)	14 (4,3)	21 (6,4)	100 (30,5)	179 (54,6)
Cinsel açıdan kocasına sadık olmayan bir kadın dövülmeyi hak etmiştir	23 (7,0)	31 (9,5)	39 (11,9)	27 (8,2)	78 (23,8)	130 (39,6)
Bazen kadınlar kocalarını isteyerek kışkırtıp kocalarını sinirlendirirler ve dayağı yerler.	4 (1,2)	18 (5,5)	28 (8,5)	20 (6,1)	99 (30,2)	159 (48,5)

Tablo 4.1.12'de hemşire ve ebelerin EDİT'lerinin eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE) boyutuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin çoğunluğu (% 74.4) "Kocasının akrabalarına saygı göstermeyen kadının kocası tarafından dövülmesi mantıklıdır" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Yalnızca % 39.6'sı "cinsel açıdan kocasına sadık olmayan bir kadın dövülmeyi hak etmiştir" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.1.13 Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH) boyutuna göre dağılımları

Eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH)	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü bunun olacağını zaten biliyorlardır.	2 (0,6)	2 (0,6)	13 (4,0)	14 (4,3)	107 (32,6)	190 (57,9)
Birçok durumda şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden sadece kendileri sorumludurlar.	- -	5 (1,5)	8 (2,4)	8 (2,4)	100 (30,5)	207 (63,1)
Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü kendileri buna neden olurlar.	1 (0,3)	2 (0,6)	8 (2,4)	12 (3,7)	93 (28,4)	212 (64,6)

Tablo 4.1.13'de hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH) boyutuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin % 64.6'sı "Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü kendileri buna neden olurlar" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını belirtirken, % 57.9'u ise "Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü bunun olacağını zaten biliyorlardır" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.1.14 Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS) boyutuna göre dağılımları

Eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS)	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Eğer koca karısını döverse bu büyük bir olasılıkla karısının yaptığı hatalı davranışlar nedeniyledir.	- -	5 (1,5)	8 (2,4)	16 (4,9)	90 (27,4)	209 (63,7)
Birçok durumda kadının kocasına ve çocuklarına karşı davranışları dayak yemesinin nedenidir.	6 (1,8)	13 (4,0)	32 (9,8)	12 (3,7)	93 (28,4)	172 (52,4)
Şiddet uygulayan bir koca bu davranışından tek başına sorumlu değildir çünkü karısının davranışları ve günlük yaşam şartları buna neden olmuştur.	2 (0,6)	15 (4,6)	49 (14,9)	15 (4,6)	92 (28,0)	155 (47,3)
Bazı durumlarda kadınlar parayı israf etmek veya çocukları ve evi ihmal etmek gibi hatalı davranışları nedeni ile kocalarından dayak yerler.	7 (2,1)	30 (9,1)	52 (15,9)	22 (6,7)	79 (24,1)	132 (42,1)

Tablo 4.1.14'de hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS) boyutuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin % 63.7'si "Eğer koca karısını döverse bu büyük bir olasılıkla karısının yaptığı hatalı davranışlar nedeniyledir" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını ve yalnızca % 42.1'i "Bazı durumlarda kadınlar parayı israf etmek veya çocukları ve evi ihmal etmek gibi hatalı davranışları nedeni ile kocalarından dayak yerler" düşüncesine kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.15 Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES) boyutuna göre dağılımları

Eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES)	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Bir erkeğin karısını dövmesi hiç bir özür ile açıklanamaz.	220 (67,1)	76 (23,2)	8 (2,4)	5 (1,5)	5 (1,5)	14 (4,3)
Karısını döven bir koca bu davranışından sorumludur çünkü karısı ne yaparsa yapsın koca kendini kontrol edebilir.	215 (65,5)	64 (19,5)	22 (6,7)	6 (1,8)	10 (3,0)	11 (3,4)

Tablo 4.1.15'de hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumlarının eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES) boyutuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin % 67.1 "Bir erkeğin karısını dövmesi hiç bir özür ile açıklanamaz" düşüncesine kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaları (HEKYŞBT) İle İlişkili Bulguları

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgilerini belirlemek için "HEKYŞBTÖ" kullanılmıştır. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 4.2.1 HEKYŞBT puanlarının mesleki özelliklere göre dağılımı

	HEKYŞBT puanları		
Mesleki Özellikler	**Fiziksel belirtiler**	**Duygusal belirtiler**	**Toplam puan**
Meslek	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
Hemşire	6.8±1.5	9.6±2.1	17.0±3.1
Ebe	7.0±1.7	9.5±2.4	17.0±3.6
Z (p)	1.050(0.294)	0.602(0.547)	0.175(0.861)
Mezun olunan okul			
Sağlık meslek lisesi	6.9±1.5	9.3±2.2	16.8±3.2
Ön-lisans	7.0±1.7	9.7±2.4	17.2±3.5
Sağlık yüksekokulu	7.0±1.6	9.7±2.3	17.1±3.3
KW(p)	0.107(0.948)	2.040(0.361)	1,074(0.584)
Meslekte çalışma süresi(yıl)			
5 ve ↓	7.3±1.4	9.6±2.0	17.3±3.1
6–10	7.0±1.8	9.7±2.4	17.3±3.6
11–15	6.8±1.6	9.4±2.5	16.7±3.5
16 ve üzeri	7.0±1.4	9.6±2.1	17.2±3.0
KW(p)	2.393(0.302)	1.133(0.568)	2.337(0.311)
1.basamak' ta çalışma süresi (yıl)			
5 ve ↓	7.1±1.4	9.5±2.2	17.2± 3.2
6–10	6.7±1.8	9.5±2.5	16.7±3.8
11–15	7.4±1.5	9.7±2.2	17.6±3.3
16 ve ↑	6.9±1.4	9.4±1.9	16.9±2.6
KW(p)	8.965(**0.011**)*	0.227(0.893)	2.481(0.289)
Öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma			
Eğitim alan	7.1±1.4	9.7±2.1	17.3±3.2
Eğitim almayan	6.9±1.6	9.5±2.3	17.0± 3.4
Z (p)	0.644(0.520)	0.735(0.462)	1.020(0.308)
Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet-içi eğitim alma			
Eğitim alan	7.2±1.3	10.0±1.9	17.8±2.6
Eğitim almayan	6.9±1.6	9.5±2.3	17.0±3.4
Z (p)	0.591(0.554)	1.049(0.294)	1.050(0.294)

*p<0.05

HEKYŞBT puan ortalamalarının mesleki özelliklerine dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.2.1). Hemşire ve ebelerin birinci basamakta çalışma süresine göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtilerini tanımada meslekte çalışma süresi 11–15 yıl olanların (7.4±1.5) ve 5 yıldan az olanların (7.1±1.4) puan ortalamaları, meslekte çalışma süresi 16 yıldan fazla (6.9±1.4) olan ve 6–10 yıl (6.7±1.8) olanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde meslekte çalışma süresi 6–10 yıl olanlar ile 11–15 yıl olanların *fiziksel* belirtileri tanıma puanları ($p<0.0083$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. HEKYŞBT ile ilgili *duygusal* alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının birinci basamakta çalışma süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p> 0.05$).

HEKYŞBT ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleğinin hemşire ya da ebe olması durumuna ve mezun olunan okula göre, meslekte çalışma süresine, öğrenimi sırasında ve mezuniyeti sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.2 HEKYŞBT puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı

	HEKYŞBT puanları		
Şiddet Öyküleri	**Fiziksel belirtiler**	**Duygusal belirtiler**	**Toplam puan**
Yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu	**X±SD**	**X±SD**	**X±SD**
Evet	7.1±1.6	9.8± 2.4	17.5±3.4
Hayır	6.8±1.5	9.3± 2.2	16.5±3.3
Z(p)	2.352(**0.019**)*	1.942(**0.052**)*	2.712(**0.007**)*
Yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığı			
Hiç	6.8±1.5	9.3± 2.2	16.5±3.3
1–2 kez	7.1±1.7	9.7± 2.5	17.5±3.5
3 ve ↑	7.2±1.6	9.8± 2.3	17.6±3.3
KW(p)	6.030 (**0.049**)*	4.363 (0.113)	8.148 (**0.017**)*

* $p<0.05$

HEKYŞBT puan ortalamalarının şiddet öykülerine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.2.2). Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama durumuna göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* ve *duygusal* belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama durumuna göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtilerini tanımada yaşamı boyunca şiddete uğrayanların puanları şiddete uğramayanlarınkinden (sırası ile) (7.1 ±1.6) ve

(6.8±1.5), aynı şekilde *duygusal* belirtileri tanımada (9.8 ±2.4) ve (9.3±2.2), *toplam* ölçek puanında (17.5±3.4) ve (16.5±3.3) daha yüksek bulunmuştur.

Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığına göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığına göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtileri tanımada yaşamı boyunca şiddete uğrama sayısı üç ve üzerinde olanların bir ve iki kez olanlarınkinden (sırası ile) (7.2 ±1.6)ve (7.1±1.7), aynı şekilde toplam ölçekte (17.6 ±3.3) ve(16.5±3.3) daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde yaşamı boyunca üç ve üzerinde şiddete uğrayanların hiç şiddete uğramayanlara göre fiziksel belirtileri ve tüm ölçekte daha çok bildikleri bulunmuştur ($p<0.089$ ve $p<0.049$). HEKYŞBT'leri ile ilgili *duygusal* alt ölçek puan ortalamalarının yaşamı boyunca şiddete uğrayıp uğramama sayısına göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3 HEKYŞBT puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmaları ve ilgilenme durumlarına göre dağılımı

Mesleki alanda şiddetle karşılaşma ve ilgilenme durumları	HEKYŞBT puanları		
	Fiziksel belirtiler	**Duygusal belirtiler**	**Toplam puan**
Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşma durumu	**X±SD**	**X±SD**	**X±SD**
Karşılaşan	7.0±1.6	9.6±2.3	17.2±3.4
Karşılaşmayan	6.8±1.6	9.3±2.2	16.6±3.2
Z (p)	0.657(0.511)	1.212(0.226)	1.478(0.139)
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmeme			
Mesleki sorumluluktur	7.0±1.6	9.6±2.3	17.2±3.4
Mesleki sorumluluk değildir	6.4±1.6	9.2±2.2	16.0±3.2
Z (p)	2.686(**0.007**)*	1.236(0.217)	1.986(**0.047**)*
Şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşüncesi			
Evet	6.8±1.5	9.1±1.9	16.4±2.6
Hayır	7.0±1.6	9.6±2.3	17.1±3.5
Z (p)	0.876(0.381)	1.152(0.249)	1.436(0.151)

* $p<0.05$

HEKYŞBT puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmaları, ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görmeleri ve yapılacak uygulamalar konusundaki düşüncelerine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.2.3). Hemşire ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmemesine göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görenlerin görmeyenlere göre fiziksel belirtileri tanıma puanları (sırası ile) (7.0 ±1.6) ve (6.4±1.6), aynı şekilde toplam puanları (17.2±3.4) ve (16.0±3.2) daha yüksek bulunmuştur. HEKYŞBT ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam ölçek puan ortalamalarının mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıp karşılaşmama durumuna ve şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olup olmama düşüncesine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

4.3.Hemşire ve Ebelerin Eş Dövmeye İlişkin Tutumları (EDİT) İle İlişkili Bulguları

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda tutumlarını belirlemek için "Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (EDİTÖ)" kullanıldı. Yüksek puanlar eş dövmeye karşı olumlu tutum anlamına gelmektedir.

Tablo 4.3.1 Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	EDİT durumu				
	EDKE*	EDKH**	EDKS***	EDES****	Toplam puan
Yaş grupları	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
30 yaş ve ↓	25.1±10.3	4.4± 2.1	8.0±3.9	3.2±2.2	40.9 ±14.9
31–35	23.5± 11.1	4.3± 2.1	7.5±4.0	3.2±2.4	38.7 ±16.4
36 yaş ve↑	26.2 ± 11.0	4.8±2.3	7.6±3.5	3.2±1.9	42.1 ±16.3
KW	6.288	4.340	1.806	1.731	4.956
(p)	**(0.043)***	(0.114)	(0.405)	(0.421)	(0.084)
Algılanan ekonomik durum					
Kötü	23.7± 9.6	4.5±2.0	6.7±3.2	3.2±2.1	38.2 ±14.2
Orta	24.2±10.2	4.4±2.1	7.6±3.8	3.1±2.1	39.4 ±15.2
İyi	28.5±13.5	4.9±2.3	9.1±4.3	3.7±2.5	46.4 ±18.6
KW	4.560	2.814	9.048	3.765	7.692
(p)	(0.102)	(0.245)	**(0.011)***	(0.152)	**(0.021)***
Çocuk durumu					
Var	25.0±11.2	4.5± 2.2	7.6±3.9	3.2±2.2	40.5±16.5
Yok	23.7± 8.7	4.4±1.9	8.3±3.6	3.3±1.9	39.8±12.7
Z	0.232	0.009	1.600	1.422	0.424
(p)	(0.817)	(0.993)	(0.110)	(0.155)	(0.671)
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer					
İlçe	25.4±10.3	4.7 ±2.0	8.0±3.8	3.7±2.6	41.9 ±15.2
İl	24.5±11.0	4.4 ±2.2	7.6±3.9	3.0±1.9	39.7 ±16.1
Z	1.192	1.208	1.067	2.275	1.542
(p)	(0.233)	(0.227)	(0.286)	**(0.023)***	(0.123)
Annesinin eğitim durumu					
Okur-yazar değil	25.1± 9.7	4.5± 2.0	8.4± 3.9	3.4±2.1	41.6± 14.1
İlkokul	24.8±11.2	4.5± 2.2	7.5± 3.8	3.2±2.3	40.1± 16.5
Ortaokul ve ↑	24.3± 9.7	4.5± 1.8	7.7± 3.9	3.2±1.3	39.8± 14.4
KW	0.550	0.500	2.951	2.756	1.354
(p)	(0.760)	(0.779)	(0.229)	(0.252)	(0.508)
Babasının eğitim durumu					
İlkokul ve altı eğitim	25.0±11.1	4.6±2.2	7.8±3.9	3.3±2.3	40.8±16.2
Ortaokul ve ↑	24.4 ±10.0	4.4±2.0	7.6±3.8	3.0±1.9	39.5 ±15.0
Z	0.259	0.663	0.288	0.954	0.613
(p)	(0.796)	(0.507)	(0.774)	(0.340)	(0.540)

*p< 0.05

** Eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması

*** Eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması

****Eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması

*****Eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması

Hemşire ve ebelerin EDİT puanı ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.3.1). Hemşire ve ebelerin yaş gruplarına göre eş dövmeye ilişkin tutumda EDKE puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşları 36 ve üzerinde (26.2±10.3) ve 30 yaş ve altında olanların puan ortalamaları (25.1±10.3), 31–35 yaş grubunda olanlardan (23.5±11.1) daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde 36 yaş ve üzerinde olanların puanı 31–35 yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.020$). Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin algılanan ekonomik duruma göre EDKS ve toplam puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumunu iyi (9.1±4.3) ve orta (7.6±3.8) olarak algılayanların EDKS puan ortalamaları kötü olarak algılayanların puan ortalamalarından (6.7±3.2) daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde ekonomik durumu iyi algılayanların puanı kötü algılayanlardan farklı bulunmuştur ($p<0.016$). Ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların (46.4±18.6) toplam puanları, orta olarak algılayanlar (39.4±15.2) ve kötü olarak algılayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde ekonomik durumu iyi algılayanlar ile orta algılayanlar arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.016$).

Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının algılanan ekonomik duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yere göre EDES puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).Yaşamının çoğunu ilçede geçirenlerin (3.7±2.6) puanları, yaşamını ilde geçirenlerin puan ortalamalarından (3.0±1.9) daha yüksek bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yere göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının çocuğunun olup olmaması, annesinin ve babasının eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2 Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının evlilik özellikleri ve eş eğitimine göre dağılımı

Evlilik özellikleri	EDİT durumu				
	EDKE	EDKH	EDKS	EDES	Toplam puan
Medeni durum	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
Evli	25.0±11.0	4.5±2.2	7.6±3.9	3.2±2.2	40.5±16.3
Evli değil	23.3± 8.5	4.3±1.8	8.5±3.6	3.1±1.7	39.3 ±12.2
Z	0.572	0.597	1.756	0.439	0.006
(p)	(0.567)	(0.551)	(0.079)	(0.660)	0.996
Evlenme şekli					
Görücü usulü	25.6±10.7	4.7±2.0	7.9±3.8	3.3±2.4	41.7 ±15.6
Anlaşarak	24.7±11.2	4.5±2.3	7.5±3.9	3.2±2.2	40.0 ±16.6
Z	0.884	1.536	1.160	0.008	1.007
(p)	(0.377)	(0.124)	(0.246)	(0.994)	(0.314)
Evlilik süresi (yıl)					
5 ve ↓	25.1± 9.6	4.5±1.8	7.9±4.0	3.2±2.1	40.8 ±13.9
6–10	23.0± 9.8	4.2±2.0	7.4±3.8	3.0±2.1	37.7 ±15.2
11–15	27.0±12.0	4.8±2.2	7.8±4.0	3.6±2.6	43.2 ±17.2
16 ve ↑	25.7±12.6	4.9±2.7	7.6±3.6	3.3±1.9	41.6 ±18.7
KW	6.367	5.289	1.190	4.224	7.033
(p)	(0.095)	(0.152)	(0.755)	(0.238)	(0.071)
Eşin eğitim durumu					
Lise ve ↓	25.4±11.5	4.9±2.6	7.6±3.8	3.1±1.8	41.1± 17.5
Üniversite ve ↑	24.8±10.9	4.4±2.0	7.6±3.9	3.3±2.4	40.3± 15.8
Z	0.618	1.486	0.008	0.270	0.264
(p)	(0.537)	(0.137)	(0.994)	(0.787)	(0.792)

Hemşire ve ebelerin EDİT puan ortalamalarının evlilik özelliklerine ve eş eğitimine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.3.2). Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının evli olup olmaması, evlenme şekli, evlilik süresi ve eşinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3 Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının mesleki özelliklerine göre dağılımı

Mesleki Özellikler	EDİT durumu				
	EDKE	EDKH	EDKS	EDES	Toplam puan
Meslek	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
Hemşire	25.4±10.6	4.6±2.1	7.8± 4.0	3.3±2.2	41.2±15.9
Ebe	24.3±11.0	4.4±2.2	7.6±3.7	3.2±2.2	39.6±15.8
Z	1.440	1.286	0.298	0.847	1.129
(p)	(0.150)	(0.198)	(0.766)	(0.397)	(0.259)
Mezun olunan okul					
Sağlık meslek lisesi	25.4±11.1	4.6±2.4	7.6± 3.9	3.4±2.3	41.1±16.5
Ön-lisans	24.8±11.1	4.5±2.1	7.6±3.9	3.2±2.2	40.1±16.2
Sağlık Yüksekokulu	23.9± 9.6	4.2±1.7	8.3±3.8	3.1±1.8	39.6±13.9
KW	0.715	0.919	2.726	1.111	0.313
(p)	(0.699)	(0.632)	(0.256)	(0.574)	(0.855)
Meslekte çalışma süresi (yıl)					
0–5	24.1±10.8	4.2±2.0	8.9±4.4	3.1±2.0	40.4±16.4
6–10	24.9± 9.3	4.4±1.8	7.7±3.7	3.3±2.2	40.4±13.1
11–15	23.9±11.1	4.4±2.3	7.6±4.1	3.3±2.5	39.3±16.7
16 ve ↑	26.0±11.6	4.8±2.2	7.5±3.5	3.1±1.9	41.6±16.9
KW	3.690	4.992	3,350	0.573	2.259
(p)	(0.297)	(0.172)	(0.341)	(0.903)	(0.520)
1.basamak'ta çalışma süresi (yıl)					
0–5	25.0± 9.5	4.6±2.0	8.0±3.9	3.5±2.4	41.3±14.3
6–10	24.9±11.2	4.6±2.2	7.7± 4.0	3.1±2.2	40.4±16.4
11–15	25.2± 2.7	4.1±2.2	7.7±3.8	3.1±1.9	40.2±17.7
16 ve ↑	23.4±10.3	4.5±2.3	7.0±3.2	3.0±1.8	38.0±16.1
KW	1.333	4.087	2.117	3.671	2.941
(p)	(0.721)	(0.252)	(0.548)	(0.299)	(0.401)
Öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma					
Eğitim alan	24.9±12.1	4.7±2.3	8.3±3.6	3.0±1.7	41.1±17.2
Eğitim almayan	24.8±10.5	4.5±2.1	7.6±3.9	3.3±2.3	40.2±15.6
Z	0.135	0.752	1.814	0.012	0.358
(p)	(0.892)	(0.452)	(0.070)	(0.990)	(0.720)
Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet-içi eğitim alma					
Eğitim alan	28.7±16.5	5.4±3.1	8.0±4.2	3.4±2.4	45.6±23.1
Eğitim almayan	24.6±10.3	4.4±2.1	7.7±3.8	3.2±2.2	40.1±15.3
Z	0.906	1.473	0.223	0.312	0.813
(p)	(0.365)	(0.141)	(0.823)	(0.755)	(0.416)

Hemşire ve ebelerin EDİT puan ortalamalarının mesleki özelliklerine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.3.3). Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının, mesleğinin hemşire ya da ebe olması durumuna, mezun olunan okula göre, meslekte ve birinci basamakta çalışma süresine, öğrenimi sırasında ve mezuniyeti sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.3.4 Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı

Şiddet Öyküleri	**Eş Dövmeye İlişkin Tutum Durumu**				
	EDKE	**EDKH**	**EDKS**	**EDES**	**Toplam Puan**
Yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
Evet	25.2±10.3	4.7±2.2	8.0±3.8	3.4±2.3	41.4±15.3
Hayır	24.4±11.2	4.3±2.0	7.4±3.9	3.1±2.1	39.3±16.4
Z	1.199	1.717	1.620	1.843	1.641
(p)	(0.231)	(0.086)	(0.105)	(0.065)	(0.101)
Yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığı					
Hiç	24.5±11.3	4.3±2.0	7.5±3.9	3.0±2.1	39.4±16.4
1–2 kez	26.8±10.3	5.3±2.7	8.5±4.0	3.6±2.3	44.3±15.8
3 ve ↑	24.2±10.2	4.4±1.9	7.7±3.7	3.3±2.3	39.8±14.8
KW	4.614	7.596	3.339	5.589	5.970
(p)	(0.100)	**(0.022)***	(0.188)	(0.061)	**(0.051)***

* p<0.05

Hemşire ve ebelerin EDİT puan ortalamalarının şiddet öykülerine göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.3.4). Hemşire ve ebelerin EDİT ile ilgili alt ölçek puan ortalamalarının yaşamı boyunca şiddete uğrayıp uğramama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0.05).

Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığına göre EDKH puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<0.05).Yaşamı boyunca şiddete uğrama sayısı bir ya da iki kez olanların puan ortalamaları (5.3±2.7), üç ve üzerinde olanların (4.4±1.9) ve yaşamı boyunca hiç şiddete uğramayanların puan ortalamalarından (4.3±2.0) daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde

yaşamı boyunca bir ya da iki kez şiddete maruz kalanların puanları yaşamı boyunca şiddete uğramayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0.016).

Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığına göre toplam puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<0.05). Yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu bir ya da iki kez olanların puan ortalamaları (44.3±15.8), üç ve üzerinde olanların (39.8±14.8) ve yaşamı boyunca hiç şiddete uğramayanların puan ortalamalarından (39.4 ±16.4) daha yüksek bulunmuştur. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde yaşamı boyunca bir ya da iki kez şiddete maruz kalanların puanları yaşamı boyunca şiddete uğramayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0.016). Hemşire ve ebelerin EDİT ile ilgili diğer alt ölçek puan ortalamalarının yaşamı boyunca şiddete uğrayıp uğramama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0.05)

Tablo 4.3.5 Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmalarına göre dağılımı

Mesleki Alanda Şiddetle Karşılaşmaları	**Eş Dövmeye İlişkin Tutum Durumu**				
	EDKE	**EDKH**	**EDKS**	**EDES**	**Toplam puan**
Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşma durumu	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**	**X± SD**
Karşılaşan	24.9±10.7	4.5±2.1	7.8±3.9	3.4±2.3	40.7 ±15.5
Karşılaşmayan	24.6±11.1	4.4±2.3	7.6± 3.8	2.8±1.7	39.5±16.8
Z	0.443	0.999	0.396	1.995	1.063
(p)	(0.658)	(0.318)	(0.692)	**(0.046)***	(0.288)
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmeme					
Mesleki sorumluluktur	24.5±10.2	4.5±2.0	7.8±3.7	3.3±2.3	40.2± 14.9
Mesleki sorumluluk değildir	26.5±14.0	4.7±2.7	7.5±4.5	2.8±1.6	41.6± 20.9
Z	0.271	0.151	1.091	1.244	0.388
(p)	(0.787)	(0.880)	(0.275)	(0.214)	(0.698)
Şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşüncesi					
Evet	26.2±12.8	4.6±2.2	7.9±3.9	3.4±2.1	42.2 ±17.8
Hayır	24.6±19.5	4.5±2.1	7.7±3.8	3.2±2.2	40.1 ±15.5
Z	0.457	0.368	0.308	1.413	0.673
(p)	(0.648)	(0.713)	(0.758)	(0.158)	(0.501)

* p< 0.05

Hemşire ve ebelerin EDİT puan ortalamalarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmalarına göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.3.6). Hemşire ve ebelerin mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşma durumuna göre EDES puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşanların puan ortalamaları (3.4±2.3), karşılaşmayanlardan (2.8±1.7) daha yüksek bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin EDİT ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıp karşılaşmama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin EDİT ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmemesi, şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olup olmaması konusundaki düşüncesine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

HEKYŞBT'lerine ilişkin toplam ölçek puanı ile eş dövmeye ilişkin ölçeğin toplam ölçek puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş ve bilgi ve tutum puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ($r: 0.979$, $p>0.05$).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1 Hemşire ve Ebelere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun 31–35 yaşları arasında olduğu, ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirdikleri ve en uzun süre şehirde yaşadıkları bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin anne ve babalarının çoğunluğu ilkokul mezunudur (Tablo 4.1.1). Taşcı (2003), Baysan (2003) ve Gömbül (1998)' ün araştırma bulguları bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Çalışma gruplarının benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

Hemşire ve ebelerin evlilik özellikleri ve eş eğitimi durumları incelendiğinde; çoğunluğu evli ve çocuk sahibidir. Evli hemşire ve ebelerin % 60.7'sinin anlaşarak evlendiği ve çoğunun evlilik sürelerinin 6–10 yıl arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Evlilik süresinde bu dönem Türkiye'de evlilik sorunlarının sıkça yaşandığı ve boşanmaların gerçekleştiği dönemler olması nedeniyle önemlidir (Cüceloğlu 1993). Taşcı (2003)'nın araştırma grubu evlilik sürelerinin 6–10 yıl arasında olması bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin eşlerinin % 64.3'ü yüksekokul ve üstü eğitimlidir (Tablo 4.1.2). Taşcı (2003)'nın çalışmasında bu oran % 66.8, Gömbül'ün çalışmasında ise % 58.1 olarak bulunmuştur.

Hemşire ve ebelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 53' ü ebedir. Hemşire ve ebelerin yaklaşık yarısı önlisans mezunu, % 21.1' i ise lisans mezunudur. Hemşire ve ebelerin % 34.1'inin çalışma süresi 11–15 yıl arasında olup, % 36.0'sının birinci basamakta çalışma süresi 6–10 yıl arasındadır (Tablo 4.1.3). Baysan (2003)'ın çalışma grubu ile benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerinin toplam çalışma sürelerinden daha az olmasının nedeni, hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası öncelikle yataklı tedavi kurumlarında çalışması daha sonra vardiyasız hizmet verilen ve daha az yoğun olarak değerlendirilen koruyucu sağlık hizmetlerine geçmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddet konusunda hemşire ve ebelerin % 82.6'sının öğrenimi sırasında, % 94.2'sinin ise meslekte çalışma süresi içinde eğitim almadığı bulunmuştur (Tablo 4.1.3). Eğitim, aile içinde şiddet yaşama riskini etkileyen bir özellik olarak tanımlanmaktadır. Erken eğitim ve farkındalıkdaki artış toplumda kadına karşı şiddet uygulama sıklığında azalma sağlamaktadır (Hayman ve ark 2000). Şiddetin bir sağlık sorunu olarak

tanımlanabilmesinde şiddete yönelik eğitimin önemli olduğu belirtilmektedir (Watts 2004, Klein ve ark 1997). Davas ve Saçaklıoğlu (2003)'nun acil serviste görev yapan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun aile içi şiddete uğramış bir kadına yaklaşım, tanı ve tedavi konularında eğitim almadıkları belirtilmiştir. Taşcı (2003) ile Kaya ve ark (2007)'nın çalışmasında hemşire ve ebelerin tamamına yakını öğrenimi sırasında ve mesleki çalışma süresi içinde eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Baysan (2003)'ın çalışmasında da hemşire ve ebelerin % 92.9'u öğrenimi sırasında, % 92.2'si meslekte çalışma süresi içinde eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Early ve Williams (2002)' ın çalışmasında hemşirelerin % 59.4'ü, Moore ve ark (1998)' nın çalışmalarında % 54.0'ünün, Cann ve ark (2001)'nın çalışmalarında % 30.0'unun aile içi şiddet konusunda eğitim aldığı belirtilmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda eğitim alma durumunun daha iyi olduğu söylenebilir. Hemşire ve ebelerin eğitiminde kadına yönelik şiddetin yer almaması ülkemizde konuya yeterli önem verilmediğini düşündürmektedir.

Hemşire ve ebelerin şiddet öyküleri incelendiğinde, hemşire ve ebelerin yarısı yaşamı boyunca bir ve daha fazla şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddeti uygulayan kişi olarak ilk sırada eş gelmektedir. Halen şiddete maruz kalan (% 8.5) hemşire ve ebe bulunmaktadır. Çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin % 40.2' si çocuğuna şiddet uygulamaktadır (Tablo 4.1.4).

Taşcı (2003)'nın ebelerle yaptığı çalışmada, eşleri tarafından % 10.9'unun fiziksel, % 11.9'unun psikolojik ve % 18.7'sinin duygusal şiddet gördüğü belirtilmiştir. Çocuklarını eğitme sürecinde % 48.4'ü fiziksel şiddet uygulamaktadır ve bulgu bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğrama oranları; Kaya ve ark (2007)'nın çalışmasında % 27.7, Christofides ve Silo (2005)'nun çalışmasında % 39.0, Bryant ve Spencer (2002) ve Moore ve ark (1998)' nın çalışmalarında % 31.0 olarak bildirilmiştir. Şiddete maruz kalma şiddeti ele alması beklenen bir meslek üyesi olarak hemşire ve ebelerde de görülmesi dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1994)'nun "Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları" çalışmasında, çocuklara yönelik fiziksel şiddete rastlanma oranı % 46.0'dır. "Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet" (1998) konulu araştırmada, çocukların hiç dövülmediğini söyleyen aileler % 45.0 oranındadır. Ailelerin % 40.0'ı ise çocuklarını hafif şiddette dövdüklerini ve dayağı daha çok annelerin gerçekleştirdiği ifade etmektedir. Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada annelerin %

28.2'sinin çocuğuna şiddet uyguladığı belirtilmektedir (Tokdemir ve ark 2007). Çocuk anne ve babası tarafından onaylanmayan bir davranışta bulunduğunda fiziksel olarak cezalandırılmaktadır ve bu durum hemen hemen her toplumda görülmektedir. Şiddetin büyük ölçüde aile içinde öğrenildiği, şiddetin var olduğu ailelerde çocukların en az % 30'unun başkalarına şiddet uyguladığı belirtilmektedir (İçli ve ark 1995). Şiddete maruz kalınan bir çocukluk yaşamak, sonraki yaşamda ailede ve toplumsal alanda bir şiddet uygulayıcısı olma olasılığını artırmaktadır. Hemşirelerin de toplumun geneline benzer şekilde çocuklarında şiddeti bir eğitim yöntemi olarak kullanması ilginçtir. Şiddeti ele almada mesleki roller üstlenmesi beklenen hemşire ve ebelerin topluma benzer özellikler göstermesi şiddetle ilgili mesleki bilgi ve beceri olarak bir davranış geliştirmemesi yönünde bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Şiddete maruz kalan kadınlar gözlenebilen veya gözlenemeyen yaralanmalarla genellikle sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar (Corbally 2001). Çalışmamızda da hemşire ve ebelerin çoğunluğu mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır (Tablo 4.1.5). Davas ve Saçaklıoğlu (2003)'nun yaptığı çalışmada hekim ve hemşirelerin % 66.1'i daha önce aile içi şiddete uğramış bir kadın hastalarının, % 41.9'u ise bir yakınlarının bulunduğunu ifade etmiştir. Baysan (2003)'nın çalışmasında bu oran % 67.5 olarak bulunmuştur. Christofides ve Silo (2005)'nun çalışmasında hemşirelerin % 81.6'sı şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Başka çalışmalarda da hemşireler şiddete maruz kalan kadınlara şiddetin tanımlanması ve yardım etme gibi önemli rollerle karşılaşmışlardır (Haggblom ve Möller 2005, Schoening ve ark 2004, Anderson 2002, Moreno 2002, Henderson 2001, Woodtli 2001). Bu bulguların özellikle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin şiddete uğramış kadınları belirlemede ve yardım etmede önemli bir konumda bulunduğu yönündeki düşüncemizi desteklemektedir.

Şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıldığında yapılan uygulamalar en çok dinleme ve destekleme, yasal hakları ve kurumsal yardım konularında bilgilendirme şeklindedir (Tablo 4.1.5). Kaya ve ark (2007)'nın çalışmasında hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kişinin sadece rahatlamasını sağladıklarını, Baysan (2003)'nın yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin % 28.8'i şiddete maruz kalan kişiyi bilgilendirdiğini, % 26.9'u psikolojik olarak rahatlattığını ifade etmiştir. Davas ve Saçaklıoğlu (2003)'nun çalışmasında hekim ve hemşirelerin % 63.9'u travma ve yaralanma ile başvuranlardan rutin anamnez alırken, aile içi şiddet ile ilgili soru sorduklarını ifade etmiş ancak sadece % 25.5'i her hastayı sorguladığını ifade etmiştir. Stenson ve ark (2005)'nın yaptığı çalışmada

ebelerin şiddete maruz kalmış kadınların bakımında onların hikâyelerini dinlediği, psikolojik destek verdiği ve yardım alabileceği yerler konusunda bilgi verdikleri bulunmuştur. Christofides ve Silo (2005)'nun çalışmasında hemşirelerin yaptıkları uygulamalar en çok; tedavi, danışmanlık, yasal konularda bilgi, anamnez alma, özel durum olduğunu düşündüğü için müdahale etmeme ve ne yapacağını bilmeme şeklindedir. Haggblom ve ark (2005)'nın yaptığı çalışmada ise; hemşire ve ebelerin kadını polise başvurması için cesaretlendirdikleri, yasal konularda ve yardım edebilecek kuruluşlar konusunda bilgi verdikleri bulunmuştur. Başka bir çalışmada (Lifelines 1997) hemşirelerin yaptıkları uygulamaları; şiddet belirtilerini gözlemleme ve anamnez alma, kişisel gizliliğini sağlamak için başka odaya alma, yasal uygulamalarda gerekli olduğunu düşündüğü için detaylı anamnez alma ve resimlerini çekme ve güvenlik güçlerine haber verme şeklindedir. Diğer çalışmalarda da çalışma bulgumuzla benzer uygulamalar olduğu görülmektedir. Bunun yanında başka ülkelerde yapılan detaylı anamnez alma, resimlerini çekme gibi uygulamaların bizim çalışma grubumuzda yer almamasının bu uygulamaların ülkemizde hemşire ve ebelerden beklenen yükümlülükler arasında olmamasıyla bağlantılı olabileceği düşünebilir.

Çalışmamızda yer alan hemşire ve ebelerin % 86.3'ü şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak görmektedir (Tablo 4.1.6). Akademisyenler hemşirelerin şiddete uğramış kadına karşı sorumlulukları ve rolleri olduklarını düşünmektedirler (Henderson 2001). Davas ve Saçaklıoğlu (2003)'nun çalışmasında hekim ve hemşireler % 51.4'ü kadın yeniden aynı ortama döneceği için müdahale etmenin yararsız olduğunu, % 57.8'i şiddet ile ilgili kadına soru sormanın onu utandırabileceği ve % 30.6' sı müdahale etmenin ailenin özel işlerine karışmak anlamına geldiğini düşünmektedir. Haggblom ve ark (2005)' nın yaptığı çalışmada hemşirelerin % 57'si, kadına yönelik şiddet konusunda kendini mesleki anlamda sorumlu hissetmedikleri belirtilmiştir. Woodtli (2001)' nin çalışmasında hemşirelerin % 87'si şiddete maruz kalmış kadına müdahale etmede kendilerini sorumlu hissetmektedirler. Yapılan başka bir çalışmada ebelerin % 92.0'si gebelikte şiddet konusunda role sahip olduklarını belirtmişlerdir (Lazenbatt ve ark 2005). Mezey ve ark (2003)'nın çalışmasında ebeler kadınlara şiddet deneyimleri konusunda soru sormak ve bu konuda aktif rol almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Gömbül ve Buldukoğlu (1997)'nun yaptığı kalitatif çalışmada hemşireler, hemşireliği şiddete yönelik olarak karıkoca ilişkilerine müdahale edebilecek güç ve statüde bir meslek olarak görmediklerini, ancak bir komşu, bir arkadaş olarak bu konuyu ele alabileceklerini belirtmişlerdir. Bu konuda hemşirenin etkinliği

olabileceğini düşünen hemşireler ise bu görevin daha çok halk sağlığı ve ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler tarafından yerine getirilebileceğini ifade etmişlerdir. Çalışma grubundaki hemşire ve ebelerin başka çalışma bulgularıyla benzer ve bazılarına göre daha fazla oranda kadına yönelik şiddeti ele almada mesleki olarak sorumluluk hissetmeleri bu alandaki hemşirelik ve ebelik rollerini geliştirme yönünde önemli ve olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hemşire ve ebelerin yalnızca % 12.8'i şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.1.6). Baysan (2003)'nın çalışmasında hemşire ve ebelerin % 66.9'nun bilgi almaya gereksinimi olduğu bulunmuştur. Kadına yönelik şiddetin özellikle saptanmasında anahtar bir rol oynayabilecek hemşirelerin çoğunluğunun bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Schoening ve ark 2004). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda farkındalıklarının düşük ve bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Cann ve ark 2001, Mezey ve ark 2003, Peckover 2003, Haggblom ve ark 2005). Başka çalışmalarda da (Watts 2004, Hayman ve ark 2000) vurgulandığı gibi çalışanların bilgi yetersizliği kadına yönelik şiddetin tanınması ve saptanmasında önemli bir engel oluşturabilir. Bu bulguların hemşire ve ebelerin özellikle birinci basamağa başvuran kadınlarda şiddeti tanıma ve ele almada yetersiz donanıma sahip olduğunu düşündürmektedir.

5.2 Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımaları ve İlişkili Durumların İncelenmesi

Hemşirelerin şiddete maruz kalmış kadına etkili bakım verebilmeleri için öncelikle şiddetin belirtilerini tanımaları gerekecektir (Christofides ve Silo 2005, Nelms 1999).

Çalışmamızda hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile; kadının sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olmasının istismar belirtisi olmadığını bilme (% 85.4), kadının genital bölgesindeki görülen çürük ve yaraların istismarı düşündürmesi (% 81.7) ve kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesinin istismar edildiğini gösterdiğini bilmesi (% 77.7) şeklindedir (Tablo 4.1.7).

Baysan (2003)'nın çalışmasında hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtileri içeren maddelerden; kadının genital bölgesindeki görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürmesi, kadının vücudunda farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterdiğini bilmesi, kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarının istismarı düşündürebileceğini bilmesi en fazla doğru cevap verdiği maddelerdir. Araştırma bulguları bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

"Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürmesi" maddesine hemşire ve ebelerin % 81.7'si doğru yanıtı vermiştir. Literatürde en sık yaralanan bölgeler arasında baş, boyun, karın, göğüs ve genital bölge olarak belirtilmiştir (Aksoy ve ark 2006, Campbell 2002, Rynerson 1997).

Hemşire ve ebelerin % 77.7'si kadının vücudunda farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi durumunda istismarı düşündüklerini belirtmişlerdir. Başka çalışmalarda (Anderson 2002, Moreno 2002, Ramsden ve Banner 2002) benzer bulgular bildirilmektedir.

Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, korunması, doğum öncesi ve sonrası bakımın sağlaması ve 15–49 yaş kadınların izleminde en önemli insan gücüdür. Hemşire ve ebeler tarafından verilen öncelikli hizmetlerden birisi ana-çocuk sağlığı hizmetleridir. Çalışmamızda hemşire ve ebelerin en az doğru cevap verdikleri soruların bu hizmetlerle ilgili olarak şiddet belirtilerini sorgulayan sorular olduğu görülmektedir. İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü ve sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü olabileceğini az sayıda hemşire ve ebe bilmiştir (% 49.1). Literatürde şiddetin düşüklere, erken doğuma, pelvik ve abdominal ağrıya neden olduğundan söz edilmektedir (Aksoy ve ark 2006, Watts 2004, Anderson 2002, Ramsden ve Banner 2002, Özaydın ve ark 1998).

Hemşire ve ebelerin *duygusal belirtilerden* en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile istismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinmesi (% 86.6), donuk bir yüz ifadesi olması (% 78.7) ve yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmaması (% 70.1) şeklindedir (Tablo 4.1.8). Baysan (2003)'ın çalışmasında da hemşire ve ebelerin *duygusal* belirtileri içeren maddelere bakıldığında; Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiğinin düşünülmesi (% 92.2), istismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinmesi (% 87.0) ve donuk bir yüz ifadesi olması (% 86.4) şeklindedir ve araştırma bulguları bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Literatürde şiddete maruz kalan kadınların çaresizlik ve korku nedeniyle olayı gizlediği, çekingen ve uğradığı şiddetten dolayı kendini suçlayan bireyler olduğundan söz edilmektedir (Aktaş 2006, Özaydın ve ark 1998).

Fiziksel belirtilerde olduğu gibi *duygusal* belirtilerde de en az bilinen özellikler ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili olan sorulardır. Bu özellikler; çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiğinin düşünülmesi (% 36.9), prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülmesi (% 27.7) ve gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesinin istismarı düşündürdüğünü bilmesi (% 31.4)

şeklindedir (Tablo 4.1.9). Literatürde şiddet durumunda doğum öncesi bakımın geç başlandığı ve yetersiz hizmet alındığından söz edilmektedir (Watts 2004, Moreno 2002). Hemşire ve ebelerin fiziksel ve duygusal alanda istismarı düşündürecek, sık görülen bulguları bilmeleri şiddete uğrayan kadını saptayabilmeleri yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ancak hemşire ve ebelerin sıklıkla yer aldıkları ana-çocuk sağlığı hizmetleri sırasında gözleme fırsatı bulabilecekleri bazı önemli belirtileri en az oranda bilmeleri şiddeti tanımaya yönelik önemli bulguları yakalama konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve önemli fırsatları kaçırdıklarını düşündürmektedir.

HEKYŞBTÖ'nün alt boyutları ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.1.9). HEKYŞBT'ye ilişkin alt ölçek puan ortalaması 6.99±1.62 olarak bulunmuştur. *Fiziksel* belirtileri tanımada % 77.7' sinin "kısmen yeterli" olduğu saptanmıştır.

HEKYŞBTÖ'nün *duygusal* belirtiler alt ölçek puan ortalaması 9.59±2.33 olarak bulunmuştur. *Duygusal* belirtileri tanımada % 66.5' inin "kısmen yeterli" olduğu saptanmıştır.

HEKYŞBTÖ'den aldıkları toplam ölçek puan ortalaması 17.07±3.40 olarak bulunmuştur. Kadına yönelik şiddet belirtilerini genel olarak (*fiziksel - duygusal*) tanımada ise % 64.3' ünün "kısmen yeterli" olduğu saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin şiddetin fiziksel belirtilerini tanıma bilgileri duygusal belirtileri tanımaya göre daha yeterli görünmektedir. Şiddetin duygusal boyutu ile ilgili farkındalıklarının daha düşük olabileceği düşünülebilir.

HEKYŞBT puanlarının mesleki özelliklerle ilişkisi incelendiğinde (Tablo 4.2.1); HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleğinin hemşire ya da ebe olma durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırma bulgumuz Baysan (2003)'ın çalışma bulgusuyla benzerdir. Konya merkez ve merkeze bağlı sağlık ocaklarının çoğunluğunda hemşire ve ebelerin görev ayrımı yapılmadan hem sağlık ocağı içerisinde hem de saha çalışması yapmaları ve aynı/benzer eğitimi almaları farklılık göstermemesinin nedeni olarak düşünülebilir.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mezun olunan okula göre (eğitim düzeyine göre) farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Baysan (2003)'ın çalışma bulgusu bu bulgumuzu desteklemektedir. Mezun olunan okula göre bilgi durumunun farklılık göstermemesi araştırmamızın beklenen sonucu değildir;

çünkü eğitim düzeyinin yükselmesi ile paralel bilgi düzeyinin de artması doğal bir sonuç olarak beklenirdi. Üniversite eğitimi içerisinde kadına yönelik şiddet konusuna yeterince ya da hiç yer verilmemesi ya da verilen eğitimin kalitesi bu sonucun nedeni olabilir. Üniversite eğitimi almış hemşirelerin bilgi ve becerilerinin daha olumlu yönde olması beklenirken farkın olmaması hemşire ve ebelerin eğitiminin farklı düzeylerinde şiddet konusuna benzer şekilde yetersiz ağırlık verildiğini düşündürmektedir.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının meslekte çalışma süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Baysan (2003)' ın çalışmasında da çalışma süresi bilgi durumu ile ilişkili bulunmamıştır. Meslekte çalışma süresinin şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi ve beceriyi artırması beklenirdi. Bu bulgular hemşire ve ebelerden mesleki uygulamaları sırasında bu tür roller beklenmemesi yanında kadına yönelik şiddetin mezuniyet öncesinde olduğu gibi mezuniyet sonrası eğitiminde de yeterince yer almadığı yönünde değerlendirilebilir.

Hemşire ve ebelerin birinci basamakta çalışma süresine göre kadına yönelik şiddetin *fiziksel* belirtilerini tanıma puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).Yapılan ileri analizlerde birinci basamakta çalışma süresi 6–10 yıl olanlar ile 11–15 yıl olanların *fiziksel* belirtileri tanıma puanları ($p<0.0083$) arasında fark anlamlı bulunmuştur. Birinci basamakta çalışma süresi 11–15 yıl olanların fiziksel belirtileri tanıması daha olumlu yöndedir. Birinci basamakta çalışma süresinin artması şiddetin fiziksel belirtilerini saptama açısından farkındalıklarında artış olabildiğini söyleyebiliriz. HEKYŞBT'leri ile ilgili *duygusal* alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının birinci basamakta çalışma süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Baysan (2003)'ın çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşları şiddetin erken tanısının konulabileceği noktalardır (Öztürk 2007) ve burada çalışan hemşire ve ebeler ev ziyaretleriyle risk faktörlerini belirleme ve şiddetin önlenmesinde önemli konumdadırlar. Bu bulgular birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin şiddeti saptama konusunda önemli bir pozisyonda olduğu konusundaki düşüncemizi destekler niteliktedir.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının öğrenimi sırasında eğitim alıp almama durumuna göre farklı bulunmamıştır. Baysan (2003)' ın çalışmasında hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda öğrenimleri sırasında eğitim alma durumları kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin *fiziksel* ve toplam ölçek puanları ile ilişkili bulunurken d*uygusal* belirtiler puan ortalamaları ile ilişkili

bulunmamıştır. Paluzzi ve ark (2000)'nın yaptığı bir izlem çalışmasında bir hemşire-ebe okulunda aile içi şiddet eğitim projesi uygulanmış, bu çalışma sonunda katılanların bilgi, tutum ve klinik davranışlarında aile içi şiddetin taranmasında olumlu yönde bir gelişme olduğu bulunmuştur. Gwenneth ve ark (1997) acil serviste çalışan doktor ve hemşirelere aile içi şiddet konusunda eğitim programı uygulanmış ve sonrasında bilgi düzeyleri farklı bulunmuştur. Çalışmamızda mezuniyet öncesi eğitim almanın önemsiz bulunması mezuniyet öncesi şiddet konusundaki eğitimin süresi ve niteliği ile ilgili olabilir. Çalışmamızda bu ayrıntılar incelenmemiştir.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamaları mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim alanlarda daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Baysan (2003)' ın çalışmasında çalışma bulgumuza benzer şekilde hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda meslekte hizmet içi eğitim alma durumu incelendiğinde kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin *fiziksel* ve *duygusal* belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Kişilerin eğitim yoluyla bilgilerinde artış sağlanacağı ve eğitimin şiddete maruz kalan kişiye etkili bakım vermede önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Henderson 2001). Araştırmamızda önemli bulunmaması çalışma grubumuzda hizmet içi eğitim alan hemşire ve ebe sayısının az olması (yalnızca 19 kişi, % 5.8) nedeniyle olabilir. Bunun yanında eğitimin içeriği, süresi, sıklığı vs. gibi faktörler eğitimin etkili olabilmesinde önemlidir ancak çalışmamızda bu özellikler incelenmemiştir.

HEKYŞBT puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.2); hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca daha önce şiddete uğramış olmasının kadına yönelik şiddetin *fiziksel* ve *duygusal* belirtilerini tanıma ve toplam ölçek puanlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir konuda deneyim yaşama bu konuda duyarlılık kazanma ve bilgilenmeye katkıda bulunacaktır. Şiddet gören hemşire ve ebelerin şiddet deneyimi yaşamış olmalarının sorun konusunda bilgilenmeye katkıda bulunduğu söylenebilir. Hemşire ve ebelerin profesyonel gelişiminde deneyim yaşayarak öğrenme geçerli bir yol olmamakla birlikte bu hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kadınla karşılaştığında ona yaklaşımda daha etkili olabileceğini düşünebiliriz.

HEKYŞBT puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşmaları, ilgilenmeyi mesleki sorumluluk olarak görmeleri ve yapılacak uygulamalar konusundaki düşüncelerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıp karşılaşmama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Baysan (2003)' ın çalışmasında çalışma bulgumuzdan farklı olarak hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşma durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin *fiziksel* ve *duygusal* belirtiler ve toplam ölçek puan ortalamalarının farklılık gösterdiği ve bu deneyimi yaşamanın bilgi durumunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Çalışma grubumuzda farklı bir sonuç elde edilmesinin nedenlerinin anlaşılmasında iki çalışma grubundaki hemşire ve ebelerin yaşadıkları deneyimlerin farklılıklarının bilinmesi gerekecektir, çalışmamızda ve diğer çalışmada da böyle bir ayrıntı incelenmemiştir. Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin şiddete uğramış kadınla mesleki yaşamda karşılaşma deneyimlerinin bilgi artışına etkisi olacak nitelikte olmadığını söyleyebiliriz.

Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak gören hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanı mesleki sorumluluk olarak görmeyenlerin puanından daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). HEKYŞBT ile ilgili *duygusal* alt ölçek puanlarının şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmeme durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Mesleki sorumluluk ve duyarlılık hissetmenin konuya ilgi duymayı sağladığı ve dolayısıyla bilgi sahibi olma ve hizmet sunumundaki istekliliği artırdığını düşünebiliriz.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma algısına göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Baysan (2003)' ın çalışmasında hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda kendi yeterlilik algılarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma yeterlilikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hemşire ve ebe sayısının az olması (%12.8) istatistiksel farklılık bulunamamasının bir nedeni olarak düşünülebilir. Bunun yanında hemşire ve ebelerin şiddeti ele almada ne tür ve ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği konusundaki

farkındalık düzeyi de yeterlilik algısı üzerinde etkili önemli bir faktör olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

5.3.Hemşire ve Ebelerin Eş Dövmeye İlişkin Tutumları ve İlişkili Durumların İncelenmesi

Tutum; bireyin yaşam sürecinde ve etkileştiği kültürel ortamda oluşturduğu kişisel değerler ve inançlarına ayrıca egosuna bağlı olarak herhangi bir olaya, duruma, kişiye karşı genel yaklaşım biçimi olarak tanımlanabilir. Tutumun uzun süreli olması önemli özelliğidir. Çalışmamızda eş dövmeye ilişkin tutum; eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE), eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH), eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS) ve eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES) ile ilgili maddelerden oluşan dört alt boyutta incelenmiştir.

Hemşire ve ebelerin EDİTÖ'nün alt ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1.11); eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması (EDKE)'nın puan ortalaması 24.84±10.82, eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması (EDKH)'nın puan ortalaması 4.54±2.18, eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olması (EDKS)'nın puan ortalaması 7.76±3.89, eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olması (EDES)'nın puan ortalaması 3.27±2.23'dür. Toplam ölçek puan ortalamasını 40.42±15.89 değerlendirdiğimizde ölçekten beklenen 72 puan olan ortalamasından daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu veriye dayanarak hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı negatif/onaylamayan bir tutuma sahip olduğu söylenebilir ve olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir olduğu saptanmıştır. Taşcı (2003)' nın çalışmasında ebelerin şiddeti onaylamayan tutuma sahip olduğunun bulunması bu düşüncemizi destekler niteliktedir. İnanç ve değerlerin hemşirelerin uygulamalarını etkilediği (Henderson 2001), bu nedenle kadına yönelik şiddetin taranmasında ilk olarak hemşirelerin tutumlarının ele alınması gerekliliği (Schoening ve ark 2004) ve hemşirenin tutumunun şiddete uğramış kadının saptanması ve bakımında önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Corbally 2001). Bu bulgulara dayanarak hemşire ve ebelerin şiddete karşı onaylamayan bir tutuma sahip olmasının bilgi ve beceri kazandırılması durumunda şiddeti ele alma rollerini yerine getirmeye olumlu katkısı olacağını düşünebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.1); hemşire ve ebelerin yaş gruplarına göre eş dövmeye ilişkin

tutumda EDKE (eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olması) puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşları 36 ve üzerinde olanların puan ortalamaları daha yüksek olduğu ve 31–35 yaş grubuna göre şiddet konusunda daha pozitif/onaylayıcı tutuma sahip olduğu görülmüştür ($p<0.020$). Taşcı (2003)'nın çalışmasında çalışma bulgumuza benzer şekilde ebelerin 35 ve üzeri yaş grubunun tutumlarının daha geleneksel olduğu belirtilmektedir. Gömbül (1998)'ün çalışmasında yaş arttıkça şiddete ilişkin tutumda geleneksel değerlerin etkisinin kuvvetlendiği vurgulanmakta ve başka bir çalışmada (Taş ve ark 1993) ileri yaşlarda şiddetin onaylanma oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. 36 yaş ve üzerinde olanların daha genç olanlara göre şiddeti daha kabul edici olmasına dayanarak bu grubun geleneksel tutuma daha yakın olduğunu söyleyebiliriz. Hemşire ve ebelerin şiddetin uygulandığı toplumun bir bireyi olmasının etkisi ile geleneksel bakış açısını yansıtmaları dikkat çekici önemli bir bulgudur. Bu bulgular özellikle 36 yaş ve üzerindeki hemşire ve ebelerin mesleki eğitimlerinde şiddet konusunda yaklaşımlarında bir değişim yaşayamadıkları ve dolayısıyla şiddet olgusuyla karşılaştığında mesleki yaklaşımlarının profesyonelliği yansıtamayabileceğini düşündürmüştür.

Hemşire ve ebelerin algılanan ekonomik duruma göre EDKS (eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olduğu) puanları ve toplam puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumunu iyi ve orta olarak algılayanların EDKS ve toplam puan ortalamaları kötü olarak algılayanların puan ortalamalarından daha pozitif/onaylayıcı bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili diğer alt ölçek puan ortalamalarının algılanan ekonomik duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ekonomik yetersizliğin bireylerin şiddet tutumları üzerinde etkili olabileceği belirtilirken (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998), hemşire ve ebelerin sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanlarda şiddetin daha kabul edilebilir olması bulgusu ilginçtir.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının çocuğunun olup olmaması durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yere göre EDKS (eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olduğu) puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).Yaşamının çoğunu ilçede geçirenlerin, ilde geçirenlere göre daha

pozitif/onaylayıcı tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yere göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Taşcı (2003)' nın çalışmasında yaşanılan yer ile tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına karşın köyden kente doğru gidildikçe ebelerin şiddete karşı tutumları modernleşmekte/onaylamayan olduğu bulunmuştur. Gömbül (1998)'ün çalışmasında köy, kasaba, şehir sıralamasında, köyden şehre doğru gidildikçe şiddete ilişkin tutumda geleneksellikten uzaklaşma olduğu bulunmuştur. Taş ve ark (1993)'nın yaptığı çalışmada kırsal kesimde yaşayan kadınların şiddeti onaylama oranları daha yüksektir. Bu bulgular araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Kırsal bölgelerde yaşamış hemşire ve ebelerin şiddete yönelik tutum yönünden özellikle ele alınması gerektiği söylenebilir. Yaşanan yerin sosyo-ekonomik bir değişken olduğu göz önünde bulundurulursa yaşamının çoğunluğunun ilçede geçirenlerin şiddete karşı olumlu tutuma sahip olma konusunda bulgumuzu desteklemektedir.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının annesinin ve babasının eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gömbül (1998)'ün çalışmasında hemşirelerin anne eğitim durumu şiddete ilişkin tutumları üzerinde etkili bulunmamıştır. Eğitimin hem kadın ve hem de erkekte geleneksel kadın rollerinin değişmesine yol açan en önemli değişkenlerden biri olduğu ve erkeklerin şiddet uygulama durumunda azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1994). Anne ve baba eğitiminin de yetiştirdikleri çocukların tutumu üzerinde etkisi olabileceği düşüncesi ile yaptığımız incelemeler anne-baba eğitiminin şiddete karşı tutumda önemli bir belirleyici olmadığını göstermektedir.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının evli olup olmaması durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gömbül (1998)'ün çalışma bulgusu çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının evlenme şekline ve süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan bir araştırmada evlilik süresinin artması ile birlikte kadınların şiddeti kabullenme oranının arttığı belirtilmektedir (Taş ve ark 1993). Çalışma bulgularımız evliliğin ve evlilik süresinin eşe yönelik şiddete karşı tutumda önemli bir faktör olmadığını göstermektedir.

Hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının eşinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Hemşire ve ebelerin eşlerinin eğitim durumunun anne ve babalarının eğitim durumlarındakine benzer şekilde hemşire ve ebelerin şiddete karşı tutumunda önemli bir etken olmadığını söyleyebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının mesleki özelliklerle ilişkisi incelendiğinde; hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının, mesleğinin hemşire ya da ebe olması, eğitim düzeyine, meslekte ve birinci basamakta çalışma süresine, mezuniyet öncesinde ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Mesleki özelliklerin hiçbirisinin tutumla ilişkili bulunmaması mesleki eğitimin ve mezuniyet sonrası uygulamaların kadına yönelik şiddete karşı tutum üzerinde değişim yaratacak bir etki oluşturamadığını düşündürmüştür. HEKYŞBT'leri ile ilgili bilgi puanlarında olduğu gibi tutum yönünden de farklılık göstermemesi ilgili bölümde de tartışıldığı gibi aynı/benzer eğitimden geçmeleri ve birinci basamakta görev ayrımı yapılmaksızın çalışmaları ile açıklanabilir.

Eğitimin şiddete karşı davranış ve tutumları etkilediği belirtilmekte (Moore ve ark 1998) ve olumsuz tutumu değiştirmenin bir yolu olduğu vurgulanmaktadır (Schoening ve ark 2004, Breakey ve ark 2001). Bu bilgilere dayanarak incelenen hemşire ve ebelerin eş dövmeye ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mezun olunan okula göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gömbül (1998)'ün çalışmasında hemşirelik yüksekokulu mezunu hemşirelerin daha modern bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada (Taş ve ark 1993) kadının eğitim düzeyi artıkça şiddeti kabullenmesinin güçleştiği bildirilmektedir. Çalışmamızda yer alan hemşire ve ebelerde ise lise, önlisans ya da lisans mezunu olma durumu şiddete karşı tutum üzerinde önemli bir etken oluşturmamıştır.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının meslekte ve birinci basamakta çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Taşcı (2003)' nın çalışmasında 11 yıl ve daha fazla süredir çalışan ebelerin rollerine ilişkin tutumlarının daha geleneksel olduğu saptanmıştır. Gömbül (1998)'ün çalışmasında çalışma süresi artıkça şiddete ilişkin tutumda geleneksel eğilimin arttığı saptanmıştır. Bu eğilimin

15 yılın üzerinde çalışan hemşirelerde belirginleştiği ifade edilmiştir. Lazenbatt ve ark (2005) yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi fazla olan ebelerin farkındalıklarının düşük olduğu ve şiddeti onaylayıcı bir tutuma sahip olduğu belirtilmektedir. Çalışma grubumuzda diğer çalışmalardan farklı olarak birinci basamakta çalışma süresinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları ile ilgili bilgi durumu üzerinde etkili ancak tutum üzerinde etkili olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Çalışma süresinde kazanılan bilgilenmenin tutumu değiştirecek nitelikte olmadığı ve tutuma yansımadığını düşünebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının öğrenimi sırasında ve mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gwenneth ve ark (1997) acil serviste çalışan doktor ve hemşirelere aile içi şiddet konusunda eğitim öncesi ve sonrası tutumları karşılaştırıldığında tutumlarında olumlu yönde önemli değişikliklerin olduğu belirtilmektedir. Diğer bir çalışmada ise şiddetle ilgili proje uygulanmış ve uygulama sonrası hemşirelerin farkındalıklarında artış olduğu bulunmuştur. Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin eğitimleri sırasında ve mezun olduktan sonra çalışma programlarında yer alması ve becerilerinin geliştirilmesinde ve tutumlarının değişmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Henderson 2001). Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Çalışma grubumuzda farklı bir bulgu elde edilmesi hemşire ve ebelerin mezuniyet öncesi (% 17.4) ve sonrası (% 5.8) düşük oranda eğitim almış olması ile bağlantılı olabilir. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları ile ilgili bilgi durumdakine benzer bir değerlendirme bu durum için de geçerli olabilir. Hemşire ve ebelerin öğrenimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda davranış değişikliği oluşturacak ve tutuma yansıyacak nitelikte eğitim almamış olabileceğini düşünebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının şiddet öyküleri ile ilişkisi incelendiğinde (Tablo 4.3.3); hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama durumuna göre EDKH (eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması) puanları ve toplam puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizlerde yaşamı boyunca bir ya da iki kez şiddete maruz kalanların yaşamı boyunca şiddete uğramayanlara göre daha pozitif/onaylayıcı tutuma sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.016$). Taşcı (2003)'nın yaptığı çalışmada şiddete maruz kalan ebelerin daha geleneksel bir tutuma sahip olduğu

bildirilmiştir. Şiddet gören hemşire ve ebelerin şiddet deneyimi yaşamış olmaları kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları ile ilgili bölümde belirtildiği gibi sorun konusunda bilgilenmeye katkıda bulunurken eş dövmeye karşı onaylayıcı bir tutuma yol açması dikkat çekicidir. Şiddet yaşamanın şiddeti kanıksamada ve onaylama yönünde bir etki oluşturduğu düşünülebilir. Bunun yanında bireyin şiddeti onaylayıcı ve kabullenici bir tutuma sahip olmasının yaşadığı şiddetin sürmesinde bir etken olarak da göz önünde bulundurulması gerektiğini söyleyebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT puanlarının mesleki alanda şiddetle karşılaşma durumları ile ilişkisi incelendiğinde; hemşire ve ebelerin mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşma durumuna göre EDES (eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olduğu) puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşanların karşılaşmayanlara göre daha pozitif/onaylayıcı tutuma sahiptir. Hemşire ve ebelerin EDİT ile ilgili diğer alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşıp karşılaşmama durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).Şiddeti uygulamada erkeğin sorumlu olduğunu onaylaması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Mesleki deneyim yaşama fırsatı bulma tutum geliştirmede etkili bir faktör olarak düşünülebiliriz.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmemesine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). İnceleme şiddeti ele almayı mesleki rolleri içinde gören hemşire ve ebelerin şiddete karşı negatif/olumsuz bir tutumları olacağı düşüncesi ile yapılmıştır. Hemşire ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmemesi kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma bilgilerini etkilerken şiddete yönelik tutumlarını etkilememesi ilginç bir bulgudur. Çalışmamızda hemşire ve ebelerin mesleki rollerinin içinde nelerin yer aldığı ya da hemşire ve ebelerin bu rollerini nasıl algıladıkları konusu incelenmemiştir. Hemşire ve ebelerin şiddete yönelik rollerini algılamaları şiddeti saptama ve önlemekten çok şiddet sonrası tıbbi müdahaleyi içeren biçimde olabilir ve bu durum şiddete müdahaleyi mesleki bir rol olarak görme ancak negatif bir tutum geliştirmeme durumunu açıklayabilir.

Hemşire ve ebelerin EDİT'i ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olup olmaması konusundaki düşüncesine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Bilgi sahibi olma konusunda algılanan yeterlilik önceki bölümde belirtildiği gibi kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumu ile de ilişkili bulunmamıştır. Daha önce de belirtildiği gibi hemşire ve ebelerin şiddeti ele almada ne tür ve ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği konusundaki farkındalık düzeyi yeterlilik algısını etkileyen bir durum olarak dikkate alınmalıdır. Tutumun bilgi durumu ile ilişkili bulunmamasının bu düşüncemizi desteklediğini söyleyebiliriz.

Bunun yanında "Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma" ölçeği ve "Eş Dövmeye İlişkin Tutum" ölçeği toplam puanları ile yapılan korelasyon analizi de bilgi durumunun tutumla ilişkili olmadığını göstermektedir ($p>0.05$). Bu bulgulara dayanarak hemşire ve ebelerin şiddet belirtilerini tanıma ve şiddeti ele almada sahip oldukları bilginin tutumlarını etkileyecek özellikte olmadığını söyleyebiliriz.

Sonuçlar

Araştırma öncesi oluşturulan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile bazı mesleki özellikler (birinci basamakta çalışma süresi), şiddet öyküleri (şiddete uğrama durumu ve sıklığı) ve mesleki sorumluluk olarak görme arasında ilişki olduğu yönündeki ve eş dövmeye ilişkin tutum ile bazı sosyo-demografik özellikler (yaş, ekonomik durum, yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer), şiddet öyküleri (şiddete uğrama sıklığı) ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşma durumları arasında ilişki olduğu yönündeki hipotezler doğrulanmış ve ulaşılan sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.

Sağlık ocaklarında çalışan % 40.2' si ön lisans düzeyinde eğitimli, çoğunluğu meslekte 11 yıl ve fazla süredir çalışan 328 hemşire (% 46.6) ve ebe (% 53.4) ile yapılan çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile şu sonuçları ulaşıldı:

- Hemşire ve ebelerin çok azının mezuniyet öncesi ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığı,
- Hemşire ve ebelerin önemli bölümünün yaşamı boyunca bir ya da daha fazla şiddete uğradığı, çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin önemli bölümünün çocuğuna şiddet uyguladığı ve şiddete uğrama ve uygulama konusunda toplumun genelinden farklı olmadığı,

- Hemşire ve ebelerin çoğunluğunun mesleki yaşamda şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığı ve şiddete uğramış kadına yapılan uygulamaların dinleme ve destekleme, yasal boyutu konusunda bilgilendirme ile sınırlı olduğu,
- Çoğunluğunun şiddeti ele almada kendini mesleki olarak sorumlu hissettiği ve çok azının yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü,
- Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada genel olarak bilgilerinin "kısmen yeterli" olduğu,
- Şiddetin fiziksel belirtilerini tanıma da duygusal belirtilere göre daha yeterli olduğu,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde doğum öncesi ve sonrası hizmetler sırasında belirleyebilecekleri bazı istismar belirtilerini tanımada çoğunluğunun "yetersiz" olduğu,
- Daha önce şiddet yaşayan ve kadına yönelik şiddet konusunda mesleki sorumluluğu olduğunu düşünen hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda daha yeterli oldukları,
- Hemşire ya da ebe olmanın, eğitim düzeyinin, meslekte çalışma süresinin, mezuniyet öncesinde ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almanın, mesleki yaşamda böyle bir kadınla karşılaşmanın, şiddeti ele alma konusundaki bilgi durumunda algılanan yeterliliğin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunda önemli faktörler olmadığı,
- Hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı genel olarak negatif/onaylamayan bir tutuma sahip olduğu,
- Daha ileri yaşta olanların, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların, yaşamında en uzun süre ilçede yaşayanların, geçmişte 1–2 kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı daha pozitif/onaylayan bir tutuma sahip olduğu,
- Hemşire ve ebelerin çocuğunun olup olmamasının, anne ve baba eğitiminin, medeni durumun, evlenme şekli ve süresinin, eş eğitiminin, hemşire ya da ebe olmanın, eğitim düzeyinin, meslekte ve birinci basamakta çalışma süresinin, mezuniyet öncesinde ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almanın, şiddeti ele almayı mesleki sorumluluk olarak görmenin, şiddeti ele alma konusundaki bilgi durumunda algılanan yeterliliğin eş dövmeye karşı tutumda önemli özellikler olmadığı,

- Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma bilgileri ile eş dövmeye karşı tutumları arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlara dayanarak;

- Hemşirelik ve ebelikte mezuniyet öncesi eğitiminde kadına yönelik şiddet konusunun yer alması ve şu özellikleri taşıması;

✓ Hemşire ve ebelerin şiddetin saptanması ve önlenmesine yönelik olarak şiddetin fiziksel ve duygusal belirtilere ilişkin bilgilerin yanında şiddeti ele alma konusunda yasal yetki ve sorumluluklarının neler olduğunu içermesi,

✓ Bunun yanında eğitimin içeriği ve yönteminin şiddete yönelik profesyonel bir tutum geliştirmeyi sağlamasının hedeflenmesi,

- Özellikle birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası eğitiminde kadına yönelik şiddet konusunun yer alması ve içeriğin yasal düzenlemeler ve bilgileri içerecek şekilde düzenlenmesi,
- Birinci basamakta çalışan hemşirelerin uygulamaları sırasında karşılaştıkları ve izledikleri her kadında şiddet olasılığını sorgulamaları, gebe-loğusa izlemi ve bebek izlemlerinde şiddetin belirtilerine karşı duyarlı olmaları,
- 15–49 yaş izlem formları, gebe-loğusa ve bebek izlem formlarında kadına yönelik şiddetin önemli belirtilerine ilişkin sorgulamaların yer alması,
- Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddeti önleme ve girişimde bulunmada yetki ve sorumluluklarının ayrıntılı olarak tanımlanmasına yönelik çalışmalar yapılması,
- Kadına yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin içerik, yöntem yönünden ve ayrıca tutum değiştirmeye etkisi yönünden incelenmesi,
- Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin ele alınması konusundaki mesleki rollerini nasıl algıladıklarının incelenmesini önerebiliriz.

6. ÖZET

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA–2008

Sibel KIYAK

Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları

Araştırmanın amacı sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin aile içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemektir. Çalışmanın evrenini Konya ili Karatay, Meram, Selçuklu merkez ilçelerinde bulunan 40 merkez sağlık ocağında çalışan 328 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Çalışmada örnek seçilmemiş, evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiştir.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan hemşire ve ebeleri tanıtıcı özellikleri içeren 26 soruluk anket formu, "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeği" ve "Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından sağlık ocağı ziyaretleri ile araştırmacının denetiminde hemşire ve ebelerin öz-bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde ortalama, yüzdelik dağılım, Kruskall-Wallis, Mann-Whitney U, Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma bulguları hemşire ve ebelerin çok azının mezuniyet öncesi ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığını ve birinci basamakta çalışma süresi, geçmişte şiddete uğrama öyküsü ve sıklığının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunda önemli faktörler olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı genel olarak negatif/onaylamayan bir tutuma sahip olduğu, daha ileri yaşta olanların, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların, yaşamında en uzun süre ilçede yaşayanların, geçmişte 1–2 kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı daha pozitif/onaylayan bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelik ve ebelikte mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde kadına yönelik şiddet konularının yer alması, birinci basamakta çalışan hemşirelerin uygulamaları sırasında karşılaştıkları ve izledikleri her kadında şiddet olasılığını sorgulamaları, 15-49 yaş, gebe-loğusa ve bebek izlem formlarında kadına yönelik şiddetin önemli belirtilerine ilişkin sorgulamaların yer almasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

7. SUMMARY

Selçuk University Institute Health Sciences

Department of Nursing, Public Health Nursing

MASTER THESİS / KONYA 2008

Sibel KIYAK

Knowledge and Attitudes of Nurses and Midwives Working at Primary Health Care Services Towards Domestic Violence against Women in Family

The purpose of the study is to determine the knowledge and the attitude of the nurses and midwives who work in primary health care services toward violence against women in the family. The universe of the study was 328 nurses and midwives working in 40 primary health care services in Karatay, Meram, Selçuklu. The all universe were included in study without sampling.

A researcher designed questionnaire of 26 questions which includes introductory features of nurses and midwives, "The scale for recognizing the signs of violence against woman by nurses and midwifes" and "The scale for attitudes toward wife beating" were used to collect data. The data were collected by the researcher with primary health care services visits and based on self-reports of nurses and midwives under the observation of the researcher. Mean and percentages distributions, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and Bonferroni adjusted Mann-Whitney U tests and Spearman correlation analyses were used to statistical analyses. The study results showed that very few nurses and midwives got knowledge about violence during and after their professional education and the time spent for working in primary care services, history of exposing to violence and its frequency were important factors in the recognition of violence symptoms ($p<0.05$). It was determined that nurses and midwives had generally negative/not endorsing attitudes toward the beating of spouse and that the nurses and midwives who were older age who perceived their financial situation as good, lived in small towns for most of their lives, were the victims of violence ones or twice in the past and met women as victims of violence in professional life had a more positive/ endorsing attitudes toward violence ($p<0.05$).

As a result, it was suggested that the issues of violence should be included in the education and training programs during and after professional education of nurses and midwives, the nurses and midwives working in the primary health care services should inquire about the probability of violence in every woman they meet and follow-up, the

follow-up forms of 15-49 age and pregnant-postpartum women and baby should include the inquirings about the important symptoms of violence against women.

8. KAYNAKLAR

Aksoy ve ark (2006) *Aile İçi Şiddet***,** www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html-30k, Erişim Tarihi: 28.10.2006.

Aktaş AM (2006) *Aile İçi Şiddet, Kadının ve Çocuğun Korunması***,** Elma Yayıncılık.

Allen NE, Lehrner A, Mattison E, Miles T, Russell A (2007) *Promoting Systems Change in the Health Care Response to Domestic Violence,* Journal of Community Psychology, 35(1), 103–120.

Alpar R (2001) *Hipotez Testler,* Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Altun M (2006) *Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yaş Evli Kadınların, Fiziksel Şiddet Görme Durumları ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları*, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Anderson C (2002) *Battered & Pregnant, A Nursing Challenge***,** AWHONN/Lifelines, 95–99.

Ankara TCK Kadın Platformu (2005) Türk Ceza Kanunu Kadınlara Neler Getiriyor?, www.ucanspurge.org, Erişim Tarihi**:** 20.4.2007.

Arıkan Ç (1987) *Sosyal Hizmetler Açısından Şiddet ve Bir Türü Olarak Evlilikte Kadına Yönelik Şiddet,* Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 5, 75-97

Aydoğuş R(2007) *Tutumlar,* www.aku.edu.tr, Erişim Tarihi:10.09.2007.

Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1994) *Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları*, http://www.aile.gov.tr/tr/?Sayfa=Arastirma, Erişim Tarihi: (28.10.2006).

Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1998) Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Baysan L (2003) *Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme,* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Breakey et al (2001) "*Adolescent Violence: Assessment of Nurses' Attitudes and Educatıonal Needs",* Journal of Holistic Nursing, 19,143.

Browne A (1997) *Marital Violence:Battered Women,* Family Violence Across the Lifespan an Introduction, Edit by: Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD Sage Publication, California.

Browne K, Herbert M (1997) *Forms of Family Violence and Levels of Prevention,* Preventing Family Violence, John Wiley& Sons Ltd, Great Britain.

Bryant SA, Spencer GA (2002) *Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think?,* Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14(9), 421-427

Campbell JC (2002) *Health Consequences of Intimate Partner Violence*, Lancet 359, 1331–1336.

Campbell J, Landenburger K (1996) *Violence and Human Abuse,* Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals, Ed. By. Stanhope M, Lancaster J, Fourth Edition, Mosby-Year Book, United States.

Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Dall H, Thomas J (2001) *Domestic Violence: A Comparative Survey of Levels Detection, Knowledge and Attitudes in Healthcare Workers,* Public Health, 115, 89–95.

Carson VB (2000) *Mental Health Nursing, the Nurse-Patient Journey*, Second Edition, W.B. Sounders Company, USA, 991–1040.

Chrısler JC, Ferguson S (2006) *Violence Against Women as a Public Health Issue*, Annals New York Academy of Sciences, 1087: 235–249.

Christian A (1995) *Home Care of the Battered Pregnant Woman: One Battered Woman's Pregnancy,* JOGNN, 24(9), 836–842.

Christofides N, Silo Z (2005) *How Nurses' Experiences of Domestic Violence İnfluence Service Provision: Study Conducted in North- West Province, South Africa*, Nursing and Health Sciences, 7(9), 9–14.

Corbally MA (2001) *Factors Affecting Nurses' Attitudes Towards the Screening and Care of Battered Women in Dublin A&E Departments: a Literature Review,* Accident And Emergency Nursing 9, 27–37.

Cox H, Cash P, Hanna B, D'Arey-Tehen F, Adams C (2001) *Risky Business: Stories from the Field of Rural Community Nurses' Work in Domestic Violence*, Australian Journal Health , 9,280-285.

Crowell NA, Burgess AW (1996) *Causes and Consequences of Violence Against Women,* Understanding Violence Against Women, National Academy Press, Washington.

Cüceloğlu D (1993) *İnsan ve Davranışı,* Remzi Kitabevi, İstanbul.

Davas A, Saçaklıoğlu F (2003) *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde Görevli Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Bilgi ve Tutumu,* Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.

Demir Ü (2000) Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1), 57–61.

Doğan Ö (2007) *Bir Sığınma evi Kapısında İki Bin Kadın,* www.morcati.org.tr, Erişim Tarihi: 20.8.2007.

Early MR, Williams AW, Arbor A (2002) *Emergency Nurses' Experience with Violence: Does ıt Affect Nursing Care of Battered Women?,* Journal Emergency Nursing, 28, 199-204.

Ergönen ve ark (2006) *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yaklaşımları,* Adli Bilimler Dergisi, 5(4), 7–13.

Ersoy F (2000) *Aile İçi Şiddet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti*, www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/713_5i_bsm_aileici_şiddet.pdf Erişim Tarihi: 28.10.2006.

Frost M (1999) *Health Visitors' Perceptions of Domestic Violence:The Private Nature of the Problem*, Journal of Advanced Nursing 30(3), 589-596.

Glicken MD Sechrest DK (2003) *Reasons For Violence in America,* The Rol of the Helping Professions in Treating the Victims and Perpetrators of Violence, Pearson Education, Boston.

Gwenneth R, Raphael B, Lawrence JM, O"Toole B, O' Brien D (1997) *Impact of an Education Program About Domestic Violence on Nurses and Doctors in an Australian Emergency Department,* Journal of Emergency Nursing, 23(3), 220–227.

Gömbül Ö (1998) *Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddet Ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Hemşirelerin Tutumları İle Cinsiyet Rol Kalıpları Arasındaki İlişki*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara.

Gömbül Ö ve Buldukoğlu K (1997) *Hemşirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Görüşleri*, Kriz Dergisi, 5(2), 103–114.

Güler N, Tel H, Tuncay FÖ (2005) *Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(2), 91–96.

Haggblom A.M.E, Möller AR (2005) *Nurses' Attitudes and Practices Towars Abused Women,* Nursing and Health Sciences,7, 235–242.

Haj-Yahia MM (1998) *Beliefs About Wife Beating Among Palestinian Women,* Violence Against Women, 4, 533–559.

Haj-Yahia MM, Schiff M (2007) *Definitions of And Beliefs About Wife Abuse Among Undergraduate Students of Social Work*, İnternational Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 5(2), 170–190.

Hamberger LK ve Patel D (2004) *Why Health Care Professionals are Reluctant to Intervene in Cases of Ongoing Domestic Violence*,Health Consequences of Abuse in the Family a Clinical Guide for Evidence-Based Practice, Ed. By Kendall-Tacket KA, American Psychological Association,Washington

Hartman S, Davey DB (2001) *Violence and Nursing's Response,* Community Health Nursing Caring for the Public's Health, Ed. By Lundy KS, Jones And Bartlett Publishers, Boston.

Hayman et al (2000) *Primary Prevention of Violence Against Women*, Women's Health Issues, 10(6), 288–293.

Henderson A (2001) *Factors Influencing Nurses' Responses to Abused Women What They Say They Do and Why They Say They Do It*, Journal of İnterpersonal Violence 16(12), 1284–1306.

İçli T, Öğün A, Demir NÖ (1995) *Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu,* T.C. Devlet Bakanlığı, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Bizim Büro, Ankara.

ICN (2001) *Nurses, Always There For You: United Aganist Violence*, International Nurses' Day 2001, Anti-Violence Tool Kit, Geneva.

Kadına Yönelik Şiddet Çalışma Grubu (2003) *Kadın Sorunlarına Çözüm Arayışı Kurultayı*, www.ka-der.org.tr/rapolar/kadin-şiddet.doc, Erişim Tarihi:11.03.2007.

Kalaça Ç, Kalaça S (1999) *Çocuğa Yönelik Şiddet ve İstismara Karşı Birincil Koruma,* Çocuk Forumu, 2(3), 54–57.

Karakoç F (2007) *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Konusunda Ulusal Mekanizma*, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, www.kagider.org, Erişim Tarihi:10.09.2007.

Kaya ve ark (2007) *Hemşire ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalmaları ve Şiddete Bakışlarının İncelenmesi,*11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, sf:485, Denizli.

Kayar H (2007) *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun-Uygulama-Değişiklikler–Değişmeyenler–Düşünceler*,www.turkhukuksitesi.com, Erişim Tarihi:01.06.2007.

Kemerli N (2003) "*Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet"*, Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu, Ankara Tabip Odası Yayınları**,** Ankara.

Klein E, Campbell J, Saler E, Ghez M (1997) Ending Domestic Violence Changing Public Perception/Halting The Epidemic, Sage Publications, California.

Koç E, Kaya A (2006) *Bedenimiz Bizimdir,* Kadının El Kitabı-Yasalardaki Haklarımız, Helsinki Yurttaşlar Derneği, Çağın Matbaacılık, İstanbul.

Konya İl Sağlık Müdürlüğü (2006) *Hemşire ve Ebelerin Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı* http:// www.konyasm.gov.tr/, Erişim Tarihi: 10.11.2006.

Koverola C ve Panchanadeswaran S (2004) *Domestic Violence Interventions with Women of Color. The Intersection of Victimization and Cultural Diversity*, Health Consequences of Abuse in the Family a Clinical Guide for Evidence-Based Practice, Ed. By Kendall-Tacket KA, American Psychological Association, Washington.

Lazenbatt A, Thompson-Cree MEM, McMurray F (2005) *The Use of Exploratory Factor Analysis in Evaluoting Midwives' Attitudes and Stereotypical Myths Related to the Identification and Management of Domestic Violence in Practice,* Midvifery, 21, 322–334.

Lifelines (1997) *Nurses Speak Out,* AWHONN, 1(2), 21–22.

Mandıracıoğlu A (1994) *Dünyada Büyük Kentlerin En Büyük Sorunu: Şiddet*, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 4(1), 45–48.

Mccosker H et al (1999) *Evaluation of a Self-Paced Education Package on Violence Aganist Women for Rural Community-Based Health Workers*, Australian Journal of Rural Health, 7, 5–12.

Mezey G et al (2005) *Midwives' Perceptions and Experiences of Routine Enquiry for Domestic Violence*, BJOC: an International Journal of Obstetrics and Gynaeclogy, 110,744–752.

Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH (1998) *Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Women Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence,* JOGNN, 27, 175-182.

Moreno CG (2002) *Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-Service Response to Violence Against Women*, Women's Health, Who, Lancet, 359, 1509–1514.

Nelms TP (1999) *An Educational Program to Examine Emergency Nurses' Attitudes and Enhance Caring Intervention with Battered Women,* Journal of Emergency Nursing 25(4), 290–293.

Okutan E, Erbaydar T (2007) *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet – Van'da, Kadınların Şiddet Deneyimleri, Şiddeti Doğuran Koşullar Ve Baş etme Biçimleri, Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri,* 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, sf:487 Denizli.

Özaydın N, Üner O, Akın A (1998) Kadın ve Şiddet, Sağlık ve Toplum, 3–4, 73–78.

Öztürk Y (2007) Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları, www.mediatorler.org, Erişim Tarihi:12.5.2007.

Paluzzi P, Gaffikin L, Nanda J (2000) *The American College of Nurse-Midwives' Domestic Violence Education Project: Evaluation and Results,* Journal of Midwifery& Women's Health, 45(5), 384–391.

Peckover S (2003) *Health Visitors' Understanding of Domestic Violence, Issues and Innovations in Nursing Practice*, Journal of Advanced Nursing, 44(2), 200–208.

Pekin Deklarasyonu (2005) http://die.gov.tr/tkba/pekin.pdf , Erişim Tarihi: 20.12.2006.

Porter M (2003) *Family and Communıty Violence, Community Health Nursing Caring in Action,* Ed. By Hitchcock JE, Schubert PE, 783–815, Thomas SA, Thomson –Delmar Learning, USA.

Ramsden C, Banner M (2002) *An Early Identification and Intervention Model for Domestic Violence,* Australian Emergency Nursing Journal, 5(1),15–20.

Resmi Gazete (2007) *Ailenin Korunmasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun,* www.rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070504-2.htm-18k-, Erişim Tarihi: 25.09.2007.

Roberts G et. al.(1997) *Impact of an Education Program About Domestic Violence on Nurses and Doctors in an Australian Emergency Department***,** Journal of Emergency Nursing, 23(3), 220–227.

Rynerson BC (1997) *Violence Against Women,* Maternity&Women's Health Care, Ed.by Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak İM, 1220-1242, Sixth Edition, Mosby-Year Book, United States.

Sağlık Bakanlığı (2005) *Sağlık Çalışanları ve Şiddet,* Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı, www.morcati.org.tr, Erişim Tarihi: 15.10.2007.

Sakallı N (2001) *Belief About Wife Beating Among Turkish Colllege Students: the Effects of Patriarchy, Sexism and Sex Differences,* Sex Roles, 44(9/10), 599–610.

Salaçin S (2005) *Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenebilecekleri Roller*, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3599.pdf Erişim Tarihi: 28.10.2006.

Şatıroğlu H (2003) *Cinsel Taciz ve Tecavüzle İlgili Profesyonellerin Davranışları ve Eğitimi,* Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara.

Seçkin RÇ, Ocakoğlu H, Utku MA (2007) *Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi, Sivil Toplum Kuruluşları Ve Sağlık Çalışanları*, 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, sf:487, Denizli.

Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal S (2004) *Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses,* JOGNN, 33(5), 572–579.

Stenson K, Sidenvall B, Heimer G (2005) *Midwives' Experiences of Routine Antenatal Questioning Relating to Men's Violence Against Women*, Midwifery 21, 311–321.

Taşcı N (2003) *Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları,* Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Taş AK, Uyanık D, Karakaya Z (1993) "*Şiddeti İçselleştiren Kadın Profili: Türkiye İçin Nicel Bir Yaklaşım"*, www.die.gov.tr/paper1_5rev.pdf (Erişim Tarihi:1.10.2007)

Tel H (2002) *Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları,* Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2),1–9.

Tokdemir M, Deveci SE, Açık Y (2007) *Aile İçi Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Nedeniyle 2004–2006 Yılları Arasında Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi*, 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi kongre kitabı, sf:481, Denizli,

Turla A (2006) *Kadına Yönelik Şiddet ve Sorunun Çözümünde Sağlık Personelinin Rolü*, Sendrom, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 18(8), 59–66.

Türk Dil Kurumu (1992) Türkçe sözlük, 1385 Milliyet Yayınları, İstanbul.

Türk Ceza Kanunu (TCK) (2004) *Yeni TCK 5252 Sayılı Kanun,* Resmi Gazete, Kanun No.5252, Sayı.25642, Tarih.13.11.2004*,* www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html-508k, Erişim Tarihi: 20.08.2007.

Türk Medeni Kanunu (TMK) (2001) *Yeni TMK 4721 Sayılı Kanun***,** Resmi Gazete, Kanun No. 4721, Sayı.24607, Tarih. 08.12.2001, www.mevzuat.basbakanlik.gov.tr/mevzuat, Erişim Tarihi: 20.08.2007.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982) Resmi Gazete, Kanun No.2709, Sayı.17863, Tarih. 09.11.1982**,** www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm-324k-**,** Erişim Tarihi: 15.09.2007.

Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA) (2003) *Kadınların Temel Özellikleri ve Statüleri, Aile İçi Şiddet: Kadınların Fiziksel Şiddete Maruz Kalmasına İlişkin Olarak Kadınların Tutumu*, 40–42, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003 Erişim Tarihi: 27.05.2006.

Uçar MA (2003) "*Aile İçi Şiddet ve Aile Koruma Yasası",* Yetkin Yayınları, Ankara.

Uluslar Arası Af Örgütü Basın Açıklaması (2004) *Türkiye: Şiddet Ailede Başlıyor* www.amnesty-turkıye.org, Erişim Tarihi: 28.10.2006.

Ulusoy S (2007) *Şiddetin Toplumsal Yansımalarına Bir Örnek: Aile İçi Şiddet,* www.sosyalhizmetuzmani.org, Erişim Tarihi: 20.09.2007.

Uysal E (2003) *Türk Hukuk Sisteminin Kadına Yönelik Şiddet Yaklaşımı***,** Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara**.**

Ünal G (2005) *Aile İçi Şiddet***,** Aile ve Toplum Dergisi, 8(2), Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü**, www**.aile.gov.tr/raporlar, Erişim Tarihi: 28.10.2006.

Ünal G, Bilge A (2004) *Ev İçi Şiddeti Yönetiminde Acil Servis Hemşiresinin Rolü*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1), 127–137.

Wallace H (2005) *Characteristics of Family Violence,* Family Violence-Legal, Medical and Social Perspectives, California State University, Boston.

Watts N (2004) *Screening For Domestic Violence, A Team Approach for Maternal/Newborn Nurses,* AWHONN Lifelines, 8(3), 211–219.

Worden AP, Carlson BE (2005) *Attitudes and Beliefs About Domestic Violence: Results of a Public Opinion Survey:Ll.Beliefs About Causes,* Journal of Interpersonal Violence, 20, 1219.

World Health Organization (2002) *World Report on Violence and Health*, Ed.By Krug E.G ve Ark, Geneva

Williamson E (2000) *Documentation and Naming*, Domestic Violence and Health the Response of the Medical Profession, the Policy Press, Bristol.

Woodtli MA (2001) *Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence*, Journal of Holistic Nursing, 19, 340.

Vatandaş C (2003) *Aile ve Şiddet, Türkiye'de Eşler Arası Şiddet*, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, Uyum Ajans, Ankara.

Yanıkkerem E (2002) *15–49 Yaş Evli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşlerinin ve Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Yllö K (1997) *Theories and Methodology Investigating the Problem of Family Violence,* Family Violence Across the Lifespan an Introduction, Edit by: Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD Sage Publication, California.

Yıldırım A (1998) *Sıradan Şiddet*, Boyut Yayınları, İstanbul.

9.ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Burdur'da doğdu. İlkokul ve orta öğrenimi Burdur'da tamamladı. Sağlık meslek lisesi öğrenimini Balıkesir'de tamamladı.1999 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2004 yılında mezun oldu. 2001 yılında Karaman'da, 2001–2005 yılları arasında Antalya Kemer Devlet Hastanesi'nde çalıştı. 2005 yılında Konya 4 No'lu Sağlık Ocağı'nda çalışmaya başladı ve halen burada çalışmaktadır.

10.TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programına başlamamda ve tez çalışmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN'a, ayrıca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme özellikle anneme ve eşime teşekkürlerimi sunarım.

Sibel KIYAK

11.EKLER

Ek 1 Anket Formu

A.Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız ……
2. Toplam aylık geliriniz……YTL
3. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
   1.İyi 2.Orta 3.Kötü
4. Çocuğunuz var mı?
   1.Evet 2.Hayır
5. Yaşamanızın çoğunluğunu nerede geçirdiniz?
   1.Köy 2. İlçe/Kasaba 3.İl
6. Annenizin eğitim durumu nedir?
   1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar +İlkokul 3. Ortaokul
   4.Lise 5.Üniversite 6.Diğer (Belirtiniz)……
7. Babanızın eğitim durumu nedir?
   1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar +İlkokul 3. Ortaokul
   4.Lise 5.Üniversite 6.Diğer (Belirtiniz)……

B.Evlilikle İlgili Özellikler

8. Medeni durumunuz nedir?
   1.Evli 2.Bekar (13.soruya geçiniz)
   3.Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor (13.soruya geçiniz)

9 Evlenme şekliniz;
   1. Görücü usulüyle evlendim.
   2. Anlaşarak evlendim.
   3. Diğer (Yazınız) ……..

10. Eşinizle birlikteliğiniz aşağıdakilerden hangisidir?
    1.Resmi nikâh 2.İmam nikâhı 3.Diğer(Yazınız)…….
11. Evlilik süreniz ?.....(ay/yıl)
12. Eşinizin eğitim durumu nedir?
    1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar +İlkokul 3. Ortaokul
    4.Lise 5.Üniversite 6.Diğer (Yazınız)……

C. Mesleki Özellikler

13. Mesleğiniz nedir?

1.Hemşire 2.Ebe

14. Mezun olduğunuz okul;

1.Sağlık meslek lisesi 2.Önlisans

3.Sağlık yüksekokulu 4.Diğer(belirtiniz) ……..

15. Meslekte toplam çalışma süreniz?.....(ay / yıl)

16. Birinci basamak hizmetlerinde çalışma süreniz?..... (ay / yıl)

17. Hemşirelik-ebelik öğrenimiz sırasında dersleriniz içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

18. Meslek yaşamınız sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda herhangi bir eğitime katıldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

D.Şiddet Öyküsü (Şiddet vurma, bağırma, aşağılama, sözel saldırı, alay edilme, cinsel ilişkiye zorlanma, çalışmanın engellenmesi ve paranızın zorla alınması gibi v.b şekilde olabilmektedir). Aşağıdaki soruları bu açıklamayı göz önünde bulundurarak yanıtlayınız).

19. Yaşamınız boyunca kaç kez şiddete maruz kaldınız?

1. Hiç 2. 1 3. 2 4. 3 ve daha fazla

20. Şiddeti uygulayan kimdi?

1.Baba 2. Anne 3.Eş 4.Akraba 5.Diğer(Yazınız)…….

21. Halen şiddete maruz kalıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

22. Çocuğunuza hiç şiddet uyguladığınız oldu mu?

1.Evet 2.Hayır

E. Mesleki Alanda Şiddetle Karşılaşma

23. Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla hiç karşılaştığınız mı?

1.Evet 2.Hayır

24. Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığınızda hemşire/ebe olarak ne yaparsınız?

1.Ne yapacağımı bilemeyebilirim

2.Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm.

3.Yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendiririm

4.Diğer(yazınız)……

25. Kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

26. Kadına yönelik şiddeti ele almanın mesleki uygulamalarınız içinde yer alması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Ek 2 Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (The Scale for Recognizing the Signs of Violence Against Woman by Nurses and Midwifes)

HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA İLİŞKİN ÖLÇEK

Aşağıda kadına yönelik şiddet belirtilerini içeren ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra bu ifadelerden doğru bulduklarınız için **"Doğru"** kolonunun altına, yanlış bulduklarınız için **"Yanlış"** kolonunun altına **(X)** işareti koyunuz.

	BELİRTİLER	**Doğru**	**Yanlış**
1	Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.		
2	Gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
3	İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikâyetleri vardır		
4	Kadının genital bölgesindeki görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.		
5	Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
6	Kadının ekstremitelerindeki küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
7	Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.		
8	Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.		
9	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
10	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.		
11	Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismar belirtisidir.		
12	İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinirler.		
13	İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.		
14	İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.		
15	İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.		
16	İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olamamış gibi davranırlar.		
17	İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.		
18	Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.		

	BELİRTİLER	Doğru	Yanlış
19	İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.		
20	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.		
21	Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar düşünülür.		
22	İstismar edilen kadınlar halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
23	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar.		
24	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür		
25	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.		
26	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.		
27	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.		
28	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.		
29	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
30	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
31	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.		

EK 3 Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (The Scale For Attitudes Toward Wife Beating)

EŞ DÖVMEYE İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda eş dövme ile ilgili görüşlerin sorgulandığı maddeler bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizin kendi görüşleriniz sorgulanmaktadır. Her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz **(X)**

Ölçek soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Kocasının akrabalarına saygı göstermeyen kadının kocası tarafından dövülmesi mantıklıdır.						
2.Kocası ile cinsel ilişkiyi sürekli reddeden bir kadın dayak istemektedir.						
3.Kocasının ana-babasına ve kardeşlerine saygıda kusur eden kadın dayağı hak eder.						
4.Kocasını sürekli dinlemeyip, karşı çıkan bir kadın dayağı hak etmiştir.						
5.Eğer arkadaşları önünde kendisini küçük düşürürse kocası karısını dövebilir						
6.Kocasının beklentilerini sürekli olarak yerine getirmeyen kadın dayağı hak eder.						
7.Kocasının erkekliğine ters düşecek davranışlar yapan kadın dövülebilir.						
8.Kocasına zayıf yönlerini hatırlatmaya inatla devam eden kadın dayağı hak eder.						
9.Dayak yiyen kadın bundan sadece kendisi sorumludur çünkü kocasıyla saçma sapan konuşmuştur.						
10.Kocasına yalan söyleyen bir kadının dövülmesi normaldir.						
11.Dövülen bir kadın kendi sınırlarını bilseydi kocasından bu dayağı yemezdi.						
12.Dayak yiyen kadın bundan sadece kendisi sorumludur çünkü kocasını kızdıracak bir şey yapmıştır.						

Ölçek soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
13.Çok konuşan ve durmadan kocasını eleştiren bir kadın adeta döv beni demektedir.						
14.Cinsel açıdan kocasına sadık olmayan bir kadın dövülmeyi hak etmiştir.						
15.Bazen kadınlar kocalarını isteyerek kışkırtıp kocalarını sinirlendirirler ve dayağı yerler.						
16.Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü bunun olacağını zaten biliyorlardır.						
17.Birçok durumda şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden sadece kendileri sorumludurlar.						
18.Şiddete uğramış kadınlar bu hallerinden kendileri sorumludurlar çünkü kendileri buna neden olurlar.						
19.Eğer koca karısını döverse bu büyük bir olasılıkla karısının yaptığı hatalı davranışlar nedeniyledir.						
20.Birçok durumda kadının kocasına ve çocuklarına karşı davranışları dayak yemesinin nedenidir.						
21.Şiddet uygulayan bir koca bu davranışından tek başına sorumlu değildir çünkü karısının davranışları ve günlük yaşam şartları buna neden olmuştur.						
22.Bazı durumlarda kadınlar parayı israf etmek veya çocukları ve evi ihmal etmek gibi hatalı davranışları nedeni ile kocalarından dayak yerler.						
23.Bir erkeğin karısını dövmesi hiç bir özür ile açıklanamaz.						
24.Karısını döven bir koca bu davranışından sorumludur çünkü karısı ne yaparsa yapsın koca kendini kontrol edebilir.						

Ek 4 Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

039804 29.11.2006

Sayı : B104İSM4420004 – 5320 / 378
Konu : Saha araştırması

..... SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bölümünde yüksek ihtisas yapan Sibel KIYAK'ın sağlık ocaklarımızda "Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Hakkında Bilgi ve Tutumları" konulu tez çalışması yapması müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Dr. H.Murat KAYA
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKLER:
EK-1: Dilekçe (1 adet-5 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
Karatay, Meram ve Selçuklu Sağlık Grup Başkanlığı.

Bilgi:
Sibel KIYAK.

29/11./2006 Sağ. Oc. Şub. Şefi : M. ÖZ
29/11./2006 Sağ. Oc. Şb. Md. : Dr. C. SATICI

Kazım Karabekir Caddesi No:14 42040 Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü
Telefon: (0332) 3511832 Fax: (0332) 3517268 e-posta: saglikocaklari@konyasm.gov.tr Elektronik Ağ: www.konyasm.gov.tr