T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİNİN SOSYOEKONOMİK DURUM VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Hamide DİNDAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

KONYA–2008

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİNİN SOSYOEKONOMİK DURUM VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Hamide DİNDAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordanatörlüğü tarafından 08202015 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA–2008

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emel EGE'ye, verilerin değerlendirilmesinde yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN ve Araş. Gör. Deniz KOÇOĞLU'na, tezimi hazırlarken çevirilerimde bana yardımcı olan kardeşim Canan DİNDAŞ'a araştırmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Araş. Gör. Ayten ARIÖZ'e, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **i**

ÖNSÖZ ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **vi**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı ve Özellikleri 1

1.2. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri 3

1.2.1. Bireysel Boyut 4

1.2.2. Sosyal-Psikolojik Boyut 5

1.2.3. Sosyolojik Boyut 5

1.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri 7

1.3.1. Fiziksel Şiddet 7

1.3.2. Sözel Şiddet 9

1.3.3. Duygusal Şiddet 9

1.3.4. Cinsel Şiddet 11

1.3.5. Ekonomik Şiddet 12

1.4. Şiddet Döngüsü 13

1.5. Şiddet Uygulayan Kişinin ve Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri 14

1.5.1. Şiddet Uygulayan Kişinin Özellikleri 14

1.5.2. Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri 15

1.6. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri 16

1.7. Şiddetin Sosyoekonomik Durumla İlişkisi 19

1.8. Şiddetin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi 21

1.9. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Alanında Yapılması Gerekenler 22

1.10. Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü 24

2. GEREÇ VE YÖNTEM 29

2.1. Araştırmanın Tipi 29

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 29

2.3. Araştırma Evreni 30

2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi 30

2.5. Örnek Seçimi 31

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 31

2.6.1. Anket Formu 31

2.6.2. Kısa Form-36 (SF 36) 32

2.7. Ön Uygulama 34

2.8.Verilerin Toplanması 34

2.9. Değişkenler 35

2.9.1. Bağımlı Değişkenler 35

2.9.2. Bağımsız Değişkenler 35

2.10. Terminoloji tanımlaması 35

2.11.Verilerin Değerlendirilmesi 36

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları 36

2.13. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler 36

2.14. Araştırmanın Varsayımları 37

2.15. Araştırmanın Etiği 37

2.15.1. Onam Formu 37

3. BULGULAR 38

3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 38

3.2. Araştırma Bölgelerinin Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Şiddet Özelliklerine İlişkin Bulgular 43

3.3. Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Yaşanılan Bölge Özelliklerinin Şiddet Görme ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisine Yönelik Bulgular 48

4. TARTIŞMA 53

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri 53

4.2. Araştırma Bölgelerinin Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Şiddet Özelliklerinin Karşılaştırılması 57

4.3. Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Yaşanılan Bölge Özelliklerinin Şiddet Görme ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisine Yönelik Bulgular 59

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER..... 66

5.1. Sonuçlar**..... 66**

5.2. Öneriler..... 67

6. ÖZET..... 69

7. SUMMARY..... 70

8. KAYNAKLAR..... 71

9. EKLER..... 77

Ek A Anket Formu 77

Ek B Kısa Form 36 (Short Form 36) (Sf-36) 80

Ek C Sağlık Bakanlığı'ndan (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü) Alınan İzin Belgesi ..... ……..83

Ek D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi..... 84

10. ÖZGEÇMİŞ..... 85

SİMGELER VE KISALTMALAR

TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

SF–36 Kısa form–36

1. GİRİŞ

1.1. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı ve Özellikleri

Şiddet, insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada giderek artan önemli bir sorundur. Şiddet bir kişinin (veya bazen bir grubun) başka bir insan üzerinde güç ve kontrol kurma çabasıdır (Humphreys 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1996 yılında yayınladığı Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu'nda şiddeti, "birinin kendisine, karşısındaki kişiye, gruba ya da topluma karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar ve ya kayıpla sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan fiziksel güç ya da zorlama uygulaması ve ya tehdidinde bulunması" olarak tanımlamıştır (WHO 2002). DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanım bütün şiddet türlerini içine almakta, şiddeti oluşturan eylemleri, suistimal veya ihmal olan hareketleri, şiddetin yaralanma veya ölümle sonuçlanan boyutlarını içermektedir (Krug ve ark 2002).

Kaynağına göre şiddet incelendiğinde; şiddet kişinin kendisine yöneltilmiş (intiharlar), kişiler arasında (aile içi ve gruplararası şiddet) veya organize boyutta olabilir (Özaydın ve ark 1998). Toplumları incelediğimizde, tarih boyunca şiddete en çok maruz kalanların kadınlar olduğu ve şiddetin ilk olarak aile kurumunda ortaya çıktığı görülmektedir (Yanıkkerem 2002, Arabacı ve Karadağlı 2006, Savaş 2006). DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı raporuna göre; şiddetle en sık olarak evde karşılaşıldığı ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir. Raporda kadına yönelik şiddet "cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamda kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır" diye tanımlanmaktadır (WHO 2002).

Birleşmiş Milletler'in "Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirisi ise (Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993)" kadına yönelik şiddeti; "cinsiyete dayalı ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar veya üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel ya da toplumsal yaşamda gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesi" şeklinde tanımlamaktadır (Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993). Birleşmiş Milletler'in bu tanımı kadınların sosyal statülerindeki cinsiyete dayalı eşitsizliği ve kadın ile erkekler arasındaki adaletsiz güç ve kaynak dağılımını özetlemektedir (Humphreys 2007).

Kadına yönelik şiddet başlı başına insan haklarıyla ilgili bir konudur (Terry 2004). Kadının ruhsal ve bedensel bütünlüğünü bozucu davranışların tümünü içeren, hiçbir siyasi, dini veya kültürel gerekçe ile haklı gösterilemeyecek bir insan hakları ihlalidir (Baysan 2003). Şiddet; kişisel, ailesel, toplumsal ve bölgesel seviyelerde meydana gelmekte, hepsinde erkek şiddeti, kadını zorlamak ve engellemek için kullanmaktadır. Bazı erkekler ise şiddeti kadınların ekonomik, sosyal, kültürel, sivil ve/veya politik haklarına ulaşamamaları için kullanmaktadır (Terry 2004). Kadınların toplumsal statüsünün düşük olması, sosyal, ekonomik, psikolojik güç dengesizliğine yol açmakta ve kadının şiddete uğraması için zemin hazırlamaktadır (Unsal ve Şirin 2005).

Kadına yönelik şiddet; fiziksel, sözel, duygusal, cinsel ya da ekonomik şiddet şeklinde olabilir (İrion ve ark 1998, Özaydın ve ark 1998, Weingourt ve ark 2001, Peedicayil 2004, Deveci ve ark 2005, Naved ve Persson 2005, Alsaker ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Perez ve ark 2006, Humphreys 2007). Kadın ve erkeğin eğitim düzeyinin düşüklüğü, geniş aile yapısı, düşük sosyoekonomik düzey, kadının erken yaşta evlenmesi, erkeğin alkol ya da uyuşturucu madde kullanması, cinsiyet ayrımcılığı genel olarak kadına yönelik şiddeti arttıran risk faktörleridir (Yanıkkerem 2002, Cubbıns ve Vannoy 2005, Deveci ve ark 2005). Leung ve Leung (2005) yaptığı çalışmada şiddet gören kadınların; işsiz, bekar ve ya eşinden ayrılmış, sigara kullanıcısı, alkol kullanıcısı, aylık gelirleri düşük bireyler olduğu ve eşlerinin demografik özelliklerinin de kendilerininki ile hemen hemen aynı olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalar günden güne aile içi şiddete uğrayan kadınların sayısının arttığını göstermektedir (İrion ve ark 1998, Özaydın ve ark 1998, Weingourt ve ark 2001, Yanıkkerem 2002, Peedicayil 2004, Deveci ve ark 2005, Naved ve Persson 2005, Alsaker ve ark 2006, Hıdıroğlu ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Perez ve ark 2006, Humphreys 2007, Güler ve ark 2005, WHO 2005)

Son yıllarda artan kadına yönelik şiddet önemli bir aile sorunudur (Yanıkkerem 2002, Hıdıroğlu ve ark 2006). Norveç'te her yıl en az 20,000 kadın eşleri tarafından şiddete maruz kalmaktadır (Alsaker ve ark 2006). Japonya'da kadınların %60'ı psikolojik, %32'si fiziksel, %23'ü cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Weingourt ve ark 2001). Mısır, Etiyopya, Hindistan, Meksika ve Nikaragua'daki kadınların %14-35'i hamileliklerinde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (WHO 2005).

Dünya'nın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye'de de kadınlar değişik biçimlerde şiddete maruz kalmaktadır. Eşlerinin fiziksel olarak kötü davranışlarına maruz kalan kadınların yaygınlığına ilişkin verilerin sınırlı olmasıyla birlikte, Türk toplumunda dayağın yerleşmiş ve üstü kapalı bir sorun olduğu göze çarpan bir gerçektir (Arabacı ve Karadağlı 2006). Yapılan çalışmalarda kadınların şiddete maruz kalma oranları İstanbul'da %40,4 (Hıdıroğlu ve ark 2006), Eskişehir'de %71,4 (Ayrancı ve ark 2002), Elazığ'da %62 (Deveci ve ark 2005) ve Sivas'ta %40,7 (Güler ve ark 2005) olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalarda şiddet oranının %50'den fazla oluşu dikkat çekicidir. Elazığ'da yapılan bir çalışmada, kadınların evlilikleri süresince eşleri tarafından şiddete maruz kalmalarının; gelir düzeyi düşüklüğü, kadının ve eşinin eğitim düzeylerinin düşük olması ile ilişkili olarak arttığı belirtilmektedir (Deveci ve ark 2005). Güler ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada kadınlar ekonomik yetersizliğin (%58,8) aile içi şiddeti arttıran en önemli nedenlerden biri olduğunu belirtmişlerdir. İzmir'de yapılan bir başka çalışmada kadınların %37,07'si fiziksel şiddete maruz kaldığını, %41,45'i kocaları tarafından aşağılandığını, %40,58'i eşlerince cinsel ilişkiye zorlandığını belirtmiştir (Yanıkkerem 2002).

1.2. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Aile içi öfke ve saldırganlığın yansıması olan şiddetin farklı toplumlarda benzer özellikler göstermesi bunun temelde erkek egemen toplum yapısından kaynaklandığı savını gündeme getirmektedir. Erkek egemen toplumsal, siyasal ve ekonomik yapılar, aile içi şiddeti beslemekte ve kadınlara şiddetten çıkış yollarını kapatmaktadır. Kadınlar cinsiyete dayalı şiddete, ekonomik durum, geliri kimin kontrol ettiği, sosyal statü, meslek, etnik grup, din ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olarak değişik biçimlerde maruz kalmaktadırlar. Kadına yönelik şiddet kişinin yaşam alanına göre de değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle kadına yönelik şiddetin daha iyi anlaşılmasında, kamusal ve özel alanda cinsiyetlerarası güç dengesizliğinin irdelenmesi gerekmektedir (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Özmen 2004, Terry 2004).

Kadının aile içindeki konumu erkek merkezli ya da erkeğe göre tanımlanmakta ve kadın kendine sunulan "iyi eş", "iyi anne", "iyi ev hanımı" vb. kimlikleri çocukluğundan beri yaşadığı sosyalleşme sürecinin sonucu olarak

kabullenmekte ve bağımsız bir kimlik geliştirememektedir. Kadının uymak zorunda olduğu kimliklere uymayan tutum ve davranışlarını, erkek doğrudan kendi egemenliğine yöneltilmiş bir tehdit olarak algılamakta, buna bağlı aile içinde kadına yönelik şiddet ortamı doğmaktadır (Özmen 2004). Aile içi şiddeti üreten dinamikler, yalnızca aile içindekilerden değil, toplumsal, hukuksal, ekonomik, geleneksel, siyasal ve eğitim yapısı içinde, kadını ayrımcılığa uğratan ve erkeğe bağımlı kılan düzenlemelerden kaynaklanmaktadır. Erkeğin, yasalardan ve toplumun ataerkil geleneklerinden kaynaklanan kadına göre üstün konumu, kadının erkeğe hizmet etmesini ve erkeğin aile içi kararlarda kadından daha fazla söz sahibi olmasını doğallaştırılmaktadır. Sonuç olarak erkekler şiddeti, kadınların üzerinde güç oluşturma anlamında kullanmaktadır. Erkeklerin çoğu, bu biçimde öfke ve sinirlilik göstermeye hakları olduğunu düşünmektedir (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Özmen 2004).

Geçmiş yıllarda toplumda kadına yönelik şiddetin tek nedeni olarak ruhsal bozukluklar (kişilik bozuklukları) gösterilmiştir. Ancak günümüzde şiddetin sadece tek bir nedene bağlı olamayacağı, şiddetin sebeplerinin karmaşık olduğu görülmüştür. Son yıllarda toplumun şiddet algısının, basın yayın organlarının, kültürel değerlerin, toplumsal iletişimsizlik ve güvensizliğin, ekonomik nedenlerin, göçün ve çevrenin kadına yönelik şiddet açısından belirleyici olduğu gözlenmiştir (Eryılmaz 2001, Krug ve ark 2002, Baysan 2003, Ünal ve Bilge 2004). Erkeklerin kadınlara karşı şiddet gösterme nedenleri konusunda farklı yaklaşımlar vardır. Bunlar çeşitli boyutlarda incelenmiştir;

1.2.1. Bireysel Boyut

Erkeklerin kadınlardan daha üstün olduğuna ve onlar üzerinde kontrol yetisine sahip, onları dövme ve onlara istediğini yapabilme hakkı olduğuna inanan, buna karşın kadınların geleneksel rolleri içinde pasif, bağımlı ve çaresiz olmayı öğrendiği erkek egemen evliliklerde, eşitlikçi evliliklere oranla kadına yönelik şiddete daha sık rastlanmaktadır (Yanıkkerem 2002, Baysan 2003). Daha da önemlisi; kadına şiddet uygulanması erkeklerin güç gösterme yolu olarak algılanmaya başlanmıştır. Bu yüzden bu tür topluluklarda yaşayan ve ekonomik güce sahip olmayan kadınların şiddet görme olasılığı daha fazladır (Titteringon 2006). Hıdıroğlu ve arkadaşlarının (2006) İstanbul'da yaptıkları çalışmada kadınların eşi

tarafından şiddete maruz kalmasını arttıran faktörler; evlilik süresinin artması, kadının eşinden gördüğü şiddeti onaylıyor olması ve çocukluğu döneminde babasının annesine şiddet uyguluyor olması olarak belirlenmiştir.

1.2.2. Sosyal-Psikolojik Boyut

Kadına yönelik şiddetin kültürel dayanakları ise, var olan cinsiyetçi düzenin doğal olarak algılanması, kadının nesnelleştirilmesi, şiddete boyun eğmenin, fiziksel güç ve zor kullanımının hoşgörü ile karşılanması olarak sıralanabilir. Erkeğin karısını dövmesi birçok ülkede doğal sayılmakta, şarkılarda, atasözlerinde ve evlilik törenlerinde övgü ile dile getirilerek hakkı olarak gösterilmektedir. Amerikan kültüründe "kadın, at ve ceviz ağacı ne kadar dövülürse o kadar iyi olur", Türk kültüründe "kadının sırtından sopayı, karnından sıpayı eksik etmeyeceksin" gibi deyimler ve atasözleri sık kullanılmaktadır. Ülkemizde şiddetin bu kadar yaygın olmasının nedenlerinin başında aile içinde gerçekleştirilen bu fiillere karşı var olan toplumsal hoşgörü gelmektedir. Bu toplumsal hoşgörü kendini her yerde (karakolda, savcılıkta, mahkemede…) göstermektedir. Geleneksel kadınlık rolü beklentileri de kadının adeta kurban pozisyonunda kalmasını teşvik etmektedir. "Analık ve eşlik birinci görevindir", "Allah sabırlı kulunu sever", "Sen alttan al" "Kadın, erkeğin şeytanıdır" gibi sözler bu durumu açıkça ortaya koymaktadır (Özaydın ve ark 1998, Eryılmaz 2001, Bülbül 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002). Hıdıroğlu ve arkadaşlarının (2006) İstanbul'da yaptıkları çalışmada şiddetin kültürel olarak onaylanmasının, eş tarafından kadına, kadın tarafından da çocuğa karşı da kullanılmasına neden olduğu belirtilmiştir.

1.2.3. Sosyolojik Boyut

Kadınlar sahip oldukları ya da olamadıkları psikolojik, sosyal ya da ekonomik koşullar nedeniyle aile içerisinde sıklıkla öfke ve saldırganlık içeren davranışlara maruz kalabilmektedir (Özmen 2004). Deveci ve arkadaşlarının (2005) Elazığ'da yaptıkları çalışmada; erken yaşta ve görücü usulü ile evlenmiş, ekonomik durumu kötü, statüsü yetersiz, eğitim düzeyi düşük, evliliklerinin ilk yıllarında ve çocukluklarında şiddete maruz kalmış olan kadınlarda fiziksel şiddetin arttığını bildirmektedir.

Şiddet oluşumunu açıklayan kuramsal görüşler 3 grupta toplanabilir:

1-Şiddet doğuştan vardır. Freud tarafından savunulan bu görüşe göre, şiddet doğuştan var olan bir içgüdüdür. Dolayısıyla, kaçınılmazdır. Freud'un görüşünü destekleyen Lorenz'e göre şiddet, boşalma yolları arayan ve kendini açığa çıkarmak için uygun bir ortam olmasını bekleyen, kalıtımsal olarak programlanmış, doğuştan bir içgüdüden kaynaklanmaktadır (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003).

2-Şiddet öğrenilir. Şiddet davranışının öğrenilen bir davranış olmasına odaklanır. Şiddetin, genellikle anne baba tutumuna bağlı olarak sosyalizasyon sürecinde öğrenilen bir davranış olduğunu savunur. Çocukluğunda şiddete maruz kalmış bir anneyi, şiddet uygulayan bir erkeği gören ya da kötü muameleye maruz kalmış olan erkeklerin şiddete eğilimi olduğunu belirtir. Eşine şiddet uygulayan kocaların çoğunun çocuklukta fiziksel, duygusal ya da cinsel şiddet hikayesinin olması bu görüşü desteklemektedir (Gömbül 1998, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Yanıkkerem 2002). Yanıkkerem (2002) İzmir'de yaptığı çalışmasında anne babaların geçmişteki dayak deneyiminin şiddeti bugüne taşıdığını, dayağın şiddeti ve sıklığından çok varlığının önem taşıdığını bildirmektedir. Şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde ailede şiddete tanık olma, şiddete maruz kalma, özgüven azlığı ve engellenmeye karşı tolerans azlığı saptanmıştır (T.C. Başbakanlık Aile araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Eryılmaz 2001, Vahip ve Doğanavşargil 2006).

Aile içi şiddet uygulayan erkeklerin büyük bölümünün kendisi doğrudan şiddet gören bireyler değil, anne ve babaları arasındaki şiddete tanık olanlar erkekler olduğu yönünde görüşlerin olmasına karşın, çocuklukta şiddet içeren davranışlara maruz kalan bireylerin yetişkinlikte ciddi davranış bozuklukları gösterdikleri de görülmektedir. Çocuk için özdeşim nesnesi olan biri (örneğin; baba) aile içinden bir başkasına, yineleyici biçimde şiddet uyguluyorsa, çocuğun saldırganla özdeşimi, doğrudan şiddete maruz kalan çocuğun özdeşiminden daha kolay olabilmektedir. Bu bireyler aynı zamanda kendi çocuklarına daha çok öfke ve saldırganlık içeren davranışlar göstermektedirler (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Özmen 2004, Vahip ve Doğanavşargil 2006).

3-Şiddet çevreden gelen uyarılara tepkidir. Bu görüş "engelleme, saldırganlık hipotezi" ile açıklanmaktadır. İnsanlar, fizyolojik, toplumsal ve psikolojik gereksinimlerini gidermede engelle karşılaştıklarında, saldırganlık ve şiddeti ortaya çıkarırlar. Saldırganlık her zaman için engellenmenin bir ürünüdür. Engellenmenin olduğu her durumda, herhangi bir biçimde ve derecede saldırganlık kaçınılmaz olarak ortaya çıkar (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003).

Kadına yönelik aile içi şiddeti etkileyen diğer faktörler; alkol ve madde bağımlılığı, evlilik içi tatmin düzeyinde düşüklük, bir eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması ya da kadının daha fazla gelirinin olması, evliliğe duyulan aşırı bağımlılık, ergenlik döneminde anne olma, yasal olarak evli olmama durumu, kadının toplumun genel ahlak ve namus anlayışına aykırı hareketlerde bulunması, kadının erkeğin koyduğu kurallardan birine uymaması, kıskançlık, şiddet içerikli filmler (özellikle kadına şiddetin uygulandığı porno filmleri), bireylerin stresörlerle baş etme, problem çözme becerisinin yetersiz olması ve kişinin öfke ifadesinde şiddete alternatif geliştirememiş olmasıdır (Tel 2002, Baysan 2003, Ünal ve Bilge 2004).

1.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Şiddet denildiğinde ilk akla gelen fiziksel şiddettir. Oysaki fiziksel olmayan diğer şiddet biçimleri de son derece yaygın ve sistematik bir biçimde uygulanmaktadır. Diğer şiddet türleri de en az fiziksel şiddet kadar kısa ve uzun vadeli etkiler bırakmaktadır (Işıloğlu 2006). Ayrıca, fiziksel olmayan şiddet belli bir sürecin sonunda genellikle fiziksel şiddetle sonuçlanmaktadır (Tel 2002, Işıloğlu 2006, Vahip ve Doğanavşargil 2006)

1.3.1. Fiziksel Şiddet

Şiddetin en sık ve kolay tanımlanabilen bir türü olan fiziksel şiddet, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yaygındır. Fiziksel şiddetin gerçek nedeninin, kadını erkeğin malı olarak gören erkek egemen anlayıştan kaynaklandığı düşünülmektedir (Yanıkkerem 2002, Baysan 2003). Yapılan çalışmalarda evli kadınların %37,07 (Yanıkkerem 2002), %40,4 (Hıdıroğlu ve ark 2006), %59,7 (Güler ve ark 2005) gibi oranlarda fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Başka bir deyişle, her üç

kadından biri eşi tarafından dövülmekte ve her beş kadından biri hamileliği sırasında dayak yemektedir (Karaoğlu ve ark 2006).

Fiziksel şiddet, kadında ciddi yaralanmalara neden olan tehlikeli davranışları içermekte, kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasına neden olmaktadır (Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Tel 2002, Öztürk ve Sevil 2005, Işıloğlu 2006). Fiziksel şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar;

1-Dayak atma, vurma, sarsma, hırpalama, itme, tokat atma yumruk/tekme atma, ısırma, kolunu bükme, saçını çekme, saçından tutup yerlerde sürükleme, boğmaya çalışma (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005),

2-Cisimler atma, sopa ya da bir eşya ile vurma, duvara vurma (Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

3-Kesici, delici aletlerle ve ya ateşli silahlarla zarar verme, tehdit etme ya da saldırma (Eryılmaz 2001, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

4-Hasta, yaralı veya hamile iken hassas bölgelerine vurma (Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

5-Fiziksel güç kullanarak evden çıkmasına veya eve girmesine engel olma (Özkan ve Demir 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

6-Üzerinde sigara söndürme, yakma, yüze kezzap dökme, bağlayarak dövme gibi işkencelerdir (Eryılmaz 2001, Özkan ve Demir 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Peedicayil ve ark 2004, Öztürk ve Sevil 2005, Valladares ve ark 2005).

Kadınlar en hassas dönemlerinden biri olan gebelik döneminde de şiddete maruz kalabilmektedir (Irion ve ark 2000, Ayrancı ve ark 2002, Johnson ve ark 2003, Şahin ve Şahin 2003, Bohn ve ark 2004, Altan ve Şirin 2005, Öztürk ve Sevil 2005).

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 aşağılanma aracıdır (Kemerli 2002). Johnson ve arkadaşlarının (2003) İngiltere'de gebelerle yaptıkları çalışmada yumruklama ve tokatlama durumlarının fiziksel şiddette en çok görülen durumlar olduğu ve fiziksel şiddete uğrayan kadınların %10'unun önceden (yakın geçmişte) cinsel aktiviteye zorlandığı saptamıştır.

1.3.2. Sözel Şiddet

Söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (Öztürk ve Sevil 2005, Işıloğlu 2006). Yanıkkerem (2002) kadınların %41,45'inin eşleri tarafından aşağılandığını, Güler ve arkadaşları (2005) kadınların %47,4'ünün sözel şiddette maruz kaldığını saptamıştır. Sözel şiddetin varlığına işaret eden bazı durumlar;

1-Azarlar şekilde ismiyle çağırma (Ayrancı ve ark 2002),

2-Bağırarak korkutma (Ayrancı ve ark 2002),

3-Hakaret/küfür etme (daha çok kadının değer verdiği konularda güvenini sarsmak ve kadını yaralamak amacıyla bazen öfkeli, bazen sakin tekrarlanan "Çok kötü annesin", "İş yerinde sana acıdıkları için çalıştırıyorlar", "Çok pis kokuyorsun" gibi sözler) (Özkan ve Demir 2002, Öztürk ve Sevil 2005),

4-Alay etme, küçük düşürücü adlar takma, aşağılayıcı sözler söyleme ve olumsuz (şişman, aptal, çirkin, sakar vb.) eleştiridir (Ayrancı ve ark 2002, Özkan ve Demir 2002, Öztürk ve Sevil 2005).

1.3.3. Duygusal Şiddet

Gündelik yaşamda en sık rastlanan şiddet türlerinden birisi de, duygusal şiddettir. Duygusal şiddet; duyguların ve duygusal ihtiyaçların, karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Bazı kaynaklarda "psikolojik şiddet" olarak da yer alabilen duygusal şiddet; "başka bir insanı kontrol etmek için genellikle istemli olarak,

aşağılayarak, utandırarak veya korkutarak yapılan sözel şiddettir" şeklinde tanımlanmaktadır (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Işıloğlu 2006). Weingourt ve arkadaşları (2001) Japonya'da yaptıkları çalışmada kadınların kendilerini aşağılanmış, dalga geçilmiş ve hakarete uğramış hissetmelerine neden olan davranışları duygusal şiddet olarak tanımlamış, kadınların %44'ünün eşleri tarafından ihmal edildiğini, %26'sının hareketlerinin eşleri tarafından kontrol edildiğini ve %14,7'sinin eşleri tarafından evde kalmaya zorlandığını saptamıştır. Johnson ve arkadaşlarının (2003) İngiltere'de yaptıkları çalışmada, gebelerin %14,4'ünün duygusal şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Duygusal şiddetin varlığını gösteren bazı davranışlar;

1-İhmal etmek, sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçları göz ardı etmek, kadına karşı soğuk ve katı davranmak, kadını önemli günlerde (iş yemeği, diploma töreni vb.) yalnız bırakmak, istediği yapılmadığında günlerce surat asmak (Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Öztürk ve Sevil 2005),

2-Kadına ileteceği mesajları çocukları kullanarak aktarmak, çocukları kaçırmakla veya velayetini almakla tehdit etmek, kadına sinirlendiğinde çocukları cezalandırmak (Gömbül 1998, Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002),

3-Kadını, tehdit etmek, söz ve hareketlerle düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma, kontrol etme, evden kovma, evden ayrılmakla, kendisine veya sevdiklerine (aile, arkadaş, eşya, hayvan) zarar vermekle tehdit etmek (Kemerli 2002),

4-Kadının duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmesini engellemek, kadını kendisi gibi düşünüp davranmaya zorlamak, kadının duygularını önemsememek (Yanıkkerem 2002, Baysan 2003),

5-Erkek olmanın avantajlarını kullanmak, kadına hizmetçi gibi davranmak, önemli kararlarda onun fikrini almamak, başkalarının yanında küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunmak, saygı göstermemek, evin sahibi gibi davranmak (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

6-Kadını, çevresinden tecrit etmek, hareket özgürlüğünü kısıtlamak, ailesi ve arkadaşlarıyla görüşmesine izin vermemek, kadının aile bireylerini ve arkadaşlarını sürekli aşağılamak, hakaret etmek, aralarını bozmaya çalışmak, evden çıkmasını yasaklamak, ev dışında olduğu dönemlerde her hareketini denetlemekdir (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003,) sayılabilir.

1.3.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, cinselliğin tehdit, sindirme ve kontrol etme amacıyla kullanılmasıdır (Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Öztürk ve Sevil 2005, Işıloğlu 2006). Cinsel eylemin gerçekleşip gerçekleşmediği ve ya tamamlanıp tamamlanmadığı önemli değildir. Cinsel eyleme teşebbüs etme de cinsel şiddet sayılmaktadır (Baysan 2003). Weingourt ve arkadaşlarının (2001) Japonya'da yaptıkları çalışmada kadınların %8'inin pornografiye, %14'ünün korunmadan cinsel ilişkiye ve %8'inin de istemedikleri halde cinsel ilişkiye zorlandıkları saptanmıştır. Yanıkkerem (2002) İzmir'de yaptığı çalışmada; kadınların %40,58'inin cinsel ilişkiye zorlandığını, %19,72'sinin de kendini iyi hissetmediği durumlarda bile cinsel ilişkiye zorlandığını saptamıştır. Cinsel şiddetin varlığına gösteren bazı davranışlar;

1-Bireyi isteği dışında baskı ya da güç kullanarak cinsel aktiviteye zorlama, zorla öpme, dokunma gibi fiziksel temas, cinsel içerikli sözel fantezilerin kullanılması, kadını istemediği cinsel davranışlara, cinsel pozisyonlara zorlamak, tecavüz etmek (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Özkan ve Demir 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, WHO 2002, Öztürk ve Sevil 2005, Işıloğlu 2006),

2-Kadına cinsel bir eşya gibi davranmak, kadının cinsel isteklerini, ihtiyaçlarını hiç önemsememek, dikkate almamak, alay etmek, kadının cinsel performansı ile olumsuz veya küçümser bir şekilde alay etmek (Gömbül 1998, Ayrancı ve ark 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

3-Cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmak (acıtarak, hoyratça cinsel ilişkide bulunmak, özellikle cinsel bölgelere aletle işkence etmek

gibi sadist davranışlarda bulunmak, fuhuşa zorlamak) (Eryılmaz 2001, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005),

4-Açıkça başka kadınlara ilgi göstermek (Özkan ve Demir 2002, Baysan 2003),

5-Kadının kontraseptif yöntem kullanmasını engellemektir (Yanıkkerem 2002, WHO 2002).

1.3.5. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılması, hakların istismar edilmesi, sosyal ilişkinin kısıtlanması, para ya da malın kötüye kullanılması veya çalınmasıdır (Kemerli 2002, Tel 2002). Ekonomik şiddetin varlığını gösteren bazı davranışlar;

1-Kişinin çalışmasına izin vermemek veya kısıtlamak, kadının çalışmasına, düzenli bir işte tutunmasına engel olmak, sık sık işyerinde olay çıkartarak, çeşitli bahanelerle işe gitmesine engel olmak, kadının iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olacak fırsatları değerlendirmesine engel olmak (Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Öztürk ve Sevil 2005),

2-Ailenin tüm gelirini kontrol altına almak, ailenin geliri konusunda kadına bilgi vermemek, kadının maaşına, gelirine, mal varlıklarına el koymak, kadına çok az harçlık verip, bununla yapılması mümkün olmayan şeyleri talep etmek, çalışmayı reddedip kadının gelirini harcamak, kadının mülkiyet sahibi olmasına ve bankada yatırım yapmasına izin vermemek ya da paylaşmamak (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Özkan ve Demir 2002, Yanıkkerem 2002, Öztürk ve Sevil 2005) olarak sayılabilir

1.4. Şiddet Döngüsü

Bir ailede şiddet oluştuğu zaman şiddet siklusu denilen kısır bir döngü başlamış olur. Bu siklus üç fazdan oluşur (Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Alsaker ve ark 2006, Gunter 2007).

Birinci faz; bireyler arasında sözel saldırı, sürtüşme veya çatışma yaşanması sonucu bir gerginlik ortaya çıkar, gerginlik artar, kızgınlık, suçlama, tartışma ve kavga meydana gelir, kadın yavaş yavaş kurban olmaya başlamış ve korku içindedir. Bu dönem birkaç hafta ile birkaç yıl sürebilir. Bu ilk faza "ön kavga aşaması" denir. Bu aşamada iki tarafta artan gerginliğin farkındadır ve gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. Saldırgan eş alkol, ilaç alarak gerginliği azaltmaya çalışır, kadının kendisini terk edeceğini zannetmeye ve günden güne kıskanç olmaya başlar. Mağdur olan kadın bir şey yokmuş gibi davranarak gerginliği azaltmaya, şiddet dönemini geciktirmeğe, ertelemeye ve erkeği sakinleştirmeye çalışır. Zaman geçtikçe bu taktikler işe yaramamaya başlar ve duygusal sömürü artar. Kadın patlama olmasın diye her şeyi erkeğin istediği gibi yapmaya çalışır. Ancak zaman içinde bu çabaların yeterli olmadığı, kadının kontrolü elinden kaçırdığı, patlamaların arasının azaldığı, şiddet derecesinin arttığı görülür (Gömbül 1998, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Gunter 2007).

İkinci faz; erkeğin gerginlik ve kızgınlığı kontrol edilemeyen bir biçimde artar ve fiziksel şiddet görülür. Bu faza "fiziksel kavga aşaması" denir. Bu faz birkaç saat ile birkaç gün sürebilir. Bu dönemde erkek kadına bir ders vermeyi amaçlar, kontrolünü kaybetmiştir, yaptıklarını eşi kadar hatırlamayacaktır. Erkeğin fiziksel saldırısına uğrayan kadın ise yaralanır, artık erkeğin davranışları üzerinde hiçbir kontrolü yoktur, kavgaya cevap vereceğine pes eder, eşine karşı gelirse her şeyin daha da kötüye gideceğini düşünür. Mağdur olan kadın bu arada uykusuzluk, iştahsızlık çeker, aşırı içki içmeye başlar. Dayaktan sonra saldırgan eş bir şok evresine girer. İnkar ve kendi kendini "ben suçsuzum, doğruyu yaptım." diye ikna etmeye çalışır. Kadın genelde ağır yaralanmadığı zaman yardım alma gereksiniminde bulunmaz, hastanelik bir durum olsa bile hastane çıkışı tekrar eşine döner (Gömbül 1998, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma

Kurumu Başkanlığı 1998, Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Gunter 2007).

Üçüncü faz; balayı dönemidir (ılımlı dönem); şiddet uygulayan kişinin pişmanlık duyduğunu belirtmesi, özür dilemesi ve bir daha olmayacağına söz vermesi ile karakterize bir barışma dönemidir. Bu aşamada erkek pişman olduğunu söyler, değişme sözü verir, ağlar, yalvarır, intihar etmekle tehdit eder, onu çok sevdiğini, ona ihtiyacı olduğunu söyler, kadına hediyeler alır. Kadın erkeğin değiştiğini düşünerek umutsuzca ona inanır ve eşini affeder. Eşinin kendisini incitmesine izin verdiği için kendini suçlar ve şiddetin sorumluluğunu üstlenir. Teoride ve literatürde sıkça geçen "kurban olma" süreci böylece tamamlanır. Bir süre sonra gerginlik tekrar artar, şiddet döngüsünde birinci aşamaya geçiş olur, şiddet daha yoğun bir şekilde yeniden tekrarlanır ve kısır döngü devam eder. Bu yeni bir şiddet döngüsünün başlangıcıdır (Gömbül 1998, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Tel 2002, Yanıkkerem 2002, Gunter 2007).

1.5.Şiddet Uygulayan Kişinin ve Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri

1.5.1. Şiddet Uygulayan Kişinin Özellikleri

Şiddet uygulayan erkeklerin, genellikle az arkadaşları ve sınırlı ilişkileri vardır. Çevreleri tarafından "asla denetimini yitirmeyen, asla şiddete başvurmayan, iyi bir iş arkadaşı, iyi vatandaş, çalışkan, yardımsever, dini bütün" gibi sıfatlarla anılırlar. Bu nedenle şiddete maruz kalan eş çevreyi ikna etmekte güçlük çeker (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002).

Şiddeti uygulayan erkekler, bunu hakları olarak görür. Onlar için bu durum erkek olmalarının doğal bir sonucudur, bir problem değildir. Erkeklik duyguları ile hareket ederler. Eşinin uysal, itaatkar ve kendisine bağlı olması gerektiğini düşünürler (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002). Şiddeti uygulayan erkeklerin geçmiş aile yaşantısında şiddet vardır. Çocukluğunda şiddete maruz kalmış veya şiddete tanık olmuştur (Gömbül 1998, Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003). Özgüvenleri düşüktür. Kendi kusur ve suçlarını başkalarına yansıtma eğilimi gösterirler. Cinselliği erkekliklerini göstermek, düşük

özsaygılarını yükseltmek için kullanırlar. Aşırı derecede paylaşımsız ve kıskançtırlar. Eşlerini kontrol etme istekleri yoğundur (Kemerli 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003).

Bu özelliklerin yanı sıra genelde şiddet uygulayan erkeklerin; sinirli, erkeğin dominant olduğu bir ailede yetişmiş, çocukluğunda problem çözmede şiddeti kullanmış, yetersizlik, aşağılık duyguları olan, duygusal olarak az gelişmiş, benlik saygısı düşük, erkekliğin tehditine toleranssız, kadına saygısı az, karısının parasını, sosyal yaşantısını, iş olanaklarını ve dünyasını kontrol eden, eşine duygusal bağımlılığı olan, sürekli ilgi isteyen, uyaran ve dürtü kontrolü zayıf, işsiz ya da yetersiz işte çalışan bireyler olduğu gözlenmiştir (Gömbül 1998, Kemerli 2002). Şiddet uygulayan bireylerin eğitim düzeyi düşük olmasına karşın, eğitim düzeyi görece yüksek olan bireylerde de şiddet kullanma eğilimi olduğu belirtilmektedir (Baysan 2003).

1.5.2. Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri

Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı bir aile ortamında pasif olmaya yöneltilmiş, yetersiz sosyal desteğe sahip, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır. Bu yüzden kendi ilişkisi ile ideal ilişkiyi karşılaştıramaz. Sosyal yönden yalnız olan kadın, toplumun kendini suçlamasından, cezalandırmasından ve ya etiketlemesinden korktuğu için şiddet durumunu açıklamaz (Özaydın ve ark 1998, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Özmen 2004).

Eşinin davranışlarından kendini sorumlu tutar, dövülmeyi bazı kişisel yetersizliklerin nedeni olarak görür, eşinin bir gün değişeceğine dair inancını hiç kaybetmez. Benlik saygısı düşük, değersizlik duyguları olan, öğrenilmiş çaresizliğe bağlı olarak problem çözme davranışı azalmış, çekingen, içe kapanık, bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunları olmasına karşılık, yaşadıkları şiddeti inkâr etme eğilimindedir. Ayrıca, kadının bir mesleğinin ve ekonomik yeterliliğinin olmayışı, ayrılık durumunda kendisinin ve çocuklarının yoksul kalmaya mahkûm olacağı düşüncesi de kadın için şiddeti kabul edilebilir kılmaktadır (Gömbül 1998, Baysan 2003, Özmen 2004).

Şiddete maruz kalan kadınlar büyük olasılıkla kendi ailelerinde de şiddete tanık olmuş ya da şiddete maruz kalmış bireylerdir. Ailesinde ya da çocukluğunda

şiddete uğramış bir kadın, kendisine yöneltilen şiddeti daha fazla tolere etme eğilimi gösterir. Şiddetin olduğu bir ilişkiye katlanma olasılığı daha fazladır, çünkü şiddet onun için doğal hale gelmiştir (Yanıkkerem 2002, Baysan 2003).

1.6. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri

Kadına yönelik şiddet; DSÖ tarafından kadın sağlığına verdiği ciddi zararlar nedeniyle öncelikli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Krug ve ark 2002, Altan ve Şirin 2005, Alsaker ve ark 2006). Şiddet hem birey olarak kadınları, hem de toplumu temelden etkileyen ciddi sorunlar doğurmaktadır. Kadına uygulanan şiddet türlerinde kültürel farklılıklar rol oynasa da, değişik ülkelerde yapılan çalışmalar, kadına yönelik şiddetin tipi ve tanımı ne olursa olsun her kültürde benzer etki yarattığını göstermektedir. Araştırmalar şiddetin kadın sağlığı üzerine etkilerinin çok yönlü olduğunu göstermiştir (Lawson ve ark 1999, Robinson 2003, Eby 2004, Sattggs ve Riger 2005, Schei ve ark 2006). Şiddet kadının sağlığını bozabildiği gibi fiziksel ve mental iyiliğini de etkileyebilmektedir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Altan ve Şirin 2005). İnsanın fizyolojik, psikolojik, sosyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde etkilemenin çok yönlü olması doğal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (Gömbül 1998). Son yıllarda, bazı ülkelerde kadının şiddetten korunması, şiddetin önlenmesi ve rehabilite edilmesi açısından olumlu gelişmeler kaydedilmiş ve dikkat çeken çabalar sarf edilmiş olmasına rağmen, halen dünya üzerinde pek çok kadın, uygulanan şiddet nedeniyle fiziksel ve ruhsal yönden birçok sağlık problemiyle yüz yüze kalmaktadır (Yanıkkerem 2002, Arabacı ve Karadağlı 2006).

Kadınların fiziksel şiddete maruz kalması önemli bir sağlık sorunu ve kadın haklarının çiğnenmesi olgusudur. Dayağa maruz kalan kadınlarda diğer sağlık sorunlarında da bir artış olduğu gözlenmektedir (Hıdıroğlu ve ark 2006). Şiddetin fiziksel belirtileri, doğrudan uygulanan fiziksel şiddet, şiddet aracı ve şiddetin derecesi ile yakından ilgilidir. Şiddete bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler kadınlarda; baş, boyun, gövde, göğüsler, abdomen, genital organlarda travma izleri, periorbital bölge ve yüzde ekimoz, dudak ve burunda ekimoz, burun kanaması, burun kırığı, diş ve çene kırığı, ekstremite çıkıkları veya kırıkları ve tüm vücutta darp izleri, yanık izleri, iç kanamadan ölüme kadar geniş bir yelpazede yer almakta

kadın sağlığını hatta yaşamını tehdit etmektedir (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Yanıkkerem 2002). Tıbbi literatürde "Hırpalanmış Eş Sendromu" olarak tarif edilen durum, kocası tarafından kasti ve yinelenen bir şekilde minimal şiddetten, ciddi fiziksel şiddete kadar uzanan saldırıya maruz kalan kadınları tanımlayan bir durumdur. Bu şiddet sendromu sözlü şiddet, şiddet tehdidi, herhangi bir eşyayı kadına atmak, tokatlamak, yumruk atmak, tekmelemek, vurmak, herhangi bir kesici veya patlayıcı silahla tehdit etmek veya o aleti kullanmak, cinsel tacizde bulunmak ve ya tecavüz etmeye kadar uzanabilmektedir (İşleğen 2002). Hırpalanmış Eş Sendromu yaşayan kadınlarda bedensel yakınmaların daha sık olduğu belirlenmiştir. Korku ve endişe ile yaşayan kadında, kaygı düzeyinde yükseklik, sıkıntı, yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, hiperventilasyon, gastrointestinal sistem bozuklukları, irritabl bağırsak sendromu, yeme alışkanlıklarında düzensizlik, kronik pelvik ağrı sendromu gibi birçok rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir (İşleğen 2002, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003,).

Şiddete maruz kalan kadınlar, karmaşık duygular içindedir. Yaşadığı şiddetin etkisi altında, ne yapacağını, ne tür tepkiler göstereceğini bilemez durumdadır. Kızgınlık ve hüzün, aşk ve nefret iç içe geçmiştir. Şiddete uğrayan kadınlar, evliliklerinde şiddet içeren bir ilişkiyi düşünmedikleri için, şiddete uğrayınca büyük bir şaşkınlık ve gerçeklik şoku yaşamaktadırlar. Gitmek ister ancak bağımlı olduğu ilişkideki eşini kaybetmek istemez. Duygusal karmaşa, kadında zamanla kabuslar, uykusuzluk, terleme, ilaç ya da madde bağımlılığı, çeşitli fobiler, seslere karşı tepki, unutkanlık, ağlama ile kendini belli eder (Gömbül 1998, Kemerli 2002, Öztürk ve Sevil 2005).

Şiddete uğrayan kadınların duygusal olarak etkilenmeleri incelendiğinde kadında bir öğrenilmiş çaresizlik görülür. Öğrenilmiş çaresizlik kadının olaylar karşısında pasif olduğuna, olayları değiştirmek için yapabilecek hiçbir şey olmadığına inanmasını sağlayan süreçtir. Kadın kurtulmak için pek çok yol denemiş, ancak hiçbiri işe yaramamıştır. Bunun sonucunda bu durumdan kurtulamayacağına inanmaya başlar. Şiddeti mümkün olduğunca geciktirebilmek için çevre ve insanları kontrol etmeye çalışarak, tetikleyici olayları engellemeye çalışır. Böylece şiddetle karşılaştığında onunla baş etme ve ya ondan kaçma becerisi geliştiremez, şiddeti durdurmak için hiçbir şey yapamaz hale gelir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998, Öztürk ve Sevil 2005).

Çoğu kez çözüm aramış, ancak şiddete engel olamamıştır. Zamanla ne yaparsa yapsın dayağı engelleyemeyeceğine inanarak, kendisini çaresiz, güçsüz hissetmekte, sorunlara çözüm getirememekte, kendi adına bir davranış ortaya koyamamakta ve şiddetle birlikte yaşamaya devam etmektedir. Ayrıca şiddeti yaşayan olarak sorumluluğunu da taşımaktadır. Aile içi şiddetin mağduru olduğunu bilmektedir, ancak şiddete son veremediği için utanç duymakta ve kendine kızmaktadır (Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005). Kadın uzun süre aşağılanma nedeniyle utanç duymakta ve utanma duyguları nedeniyle pasif kalmaktadır. Bu durumda saldırganın kendisini daha güçlü hissetmesine neden olmaktadır (Öztürk ve Sevil 2005).

Kadın şiddete yalnızca kendisinin maruz kaldığını, başkalarının böyle bir yaşamı olamayacağını düşünerek yalnızlaşır. Ayrıca, şiddet ortamında aşk ve sevgi ihtiyacını karşılayamama onu daha da yalnızlaştırır (Öztürk ve Sevil 2005). Şiddetin neden olduğu stresle baş edemeyen kadınlarda psikosomatik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Stresle ilgili olarak kadın, zamanla olaylara uzun vadeli ve geniş açıdan bakma yeteneğini yitirir, uyku bozuklukları (kâbuslar, tetikte uyumak, uykusuzluk vb.), yeme bozuklukları (aşırı yeme, ölüme varacak kadar az yeme vb.), alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı ya da bunların kullanımında artma, insanlara güvensizlik, yakın ilişkilerde zorluk, endişe ve panik atakları, dissosiyatif bozukluklar (“ruhum bedenimden ayrıldı”, “başkasına oluyormuş gibi seyrediyorum”), post-travmatik stres bozukluğu, kronik ağrı ve dışkılama bozukluğu gibi sorunlar yaşanabilir (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Kemerli 2002, Öztürk ve Sevil 2005).

Kadınlık rolleri benimsenirken, kız çocuklarına öfke, kızgınlık duygularını ifade etmeleri yasaklanmaktadır. Kızgınlık ve öfke erkeklik duygularının ifadesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle kadınların kızgınlıklarını saklamaları beklenir. Şiddete uğrayan kadınlar kızgınlık duygularını saklar veya bunu kendine çevirir. İçine kapanır ve depresyona girer. Sürekli kendini engelleme, baskı ve şiddete maruz kalma depresyonun oluşumundaki önemli nedenlerden biridir. Hoş olmayan duygusal durum, umutsuzluk, karamsarlık ve sıkıntı hali olarak tanımlanan depresyonun diğer nedenleri engellemeler, hayal kırıklıkları, benlik duygusunda azalma ve travmalardır. Baş ağrısı, uykusuzluk, hiperventilasyon, gastrointestinal sistem bozuklukları, göğüs,

bel, sırt ağrısı, pelvik ağrı gibi somatik semptomlar çoğunlukla görülür. Kadınların öykülerinde kendine zarar verme girişimi de söz konusu olabilir (Gömbül 1998, İşleğen 2002, Kemerli 2002, Öztürk ve Sevil 2005).

Gebe kadınlar da yüksek oranda, şiddet riski altındadır. Gebelikte şiddete maruz kalan kadınlar prenatal bakım için daha geç harekete geçmekte, yetersiz kilo almakta, daha çok düşük yapmakta ya da kilosu daha düşük bebekler dünyaya getirmektedir (Yanıkkerem 2002, Karaoğlu ve ark 2006). Gebelikte fiziksel ve cinsel şiddet de; spontan abortus, ablasio plasenta, fetomaternal transfüzyon, ölü doğum riskinde artış, 1.ve 2. trimester kanamaları ve şok, disseminia intravasküler kuagülopati, respiratuvar distres sendromu, spinal kord yaralanmasıyla birlikte hiperrefleksi sendromu ve anne ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenlerle şiddete maruz kalan gebeler yüksek riskli gebelik tehdidi altındadır. Şiddete uğrayan gebelerde bu durumla baş edebilmek için sigara, alkol ve madde kullanımı sıktır (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Baysan 2003, Öztürk ve Sevil 2005).

1.7. Şiddetin Sosyoekonomik Durumla İlişkisi

Kadına yönelik şiddet toplumsal sınıfa, kültüre, ekonomik duruma göre değişmekle birlikte, dünyanın pek çok yerinde yaygın olarak görülmektedir (Muslu ve Erdem 2002). Kadına yönelik şiddetin farklı birçok belirleyicisi vardır (Terry 2004, Bassuk ve ark 2006). Yoksulluk kadına uygulanan şiddetin önemli bir belirleyicisidir (Bassuk ve ark 2006). DSÖ 2002'de yayınladığı raporunda yoksulluğun tüm şiddet türlerinde bir risk faktörü olduğunu, buna eşlerin uyguladığı şiddetin de dahil olduğunu bildirmiştir (WHO 2002). Yoksulluğun, kadınların şiddete karşı savunmasızlığını arttırabildiği de bir gerçektir. Çünkü yoksulluk, şiddet içeren durumlara maruz kalma olasılığını yükseltirken bu tür durumlardan sakınma ya da kaçma olasılığını azaltmaktadır (Terry 2004).

Yoksulluk ve kadına yönelik şiddet etkileşim içindedir. Yoksulluk kadına yönelik şiddeti oluşturan sebep olabilir ya da tam tersi, kadına yönelik şiddet yoksulluğu oluşturan sebep olabilir (Terry 2004). Boşanma, yalnız bir anne olma, eşin borçları ve çalışmaya engel olabilecek tüm etkenler şiddetin bir sonucudur ve kadını yoksulluğa itebilir. Bir iş sahibi olmak bazen kadını şiddete karşı koruyabilir. İşsiz ya da ev hanımı olan kadınlar daha çok risk altında olabilirler (Humphreys 2007). Kendi kazancını kendisi sağlayan, aile gelirine katkısı olan kadınlar kötü bir

evlilikten kurtulma ve ya hiç evlenmemeyi tercih edebilir ya da tam aksine kadının çalışması erkeklerin kendini yetersiz hissetmesine sebep olarak şiddete yol açabilir (Hindin ve Adair 2002).

Aslında kadına yönelik şiddette yoksulluğun rolü feministler tarafından tartışılan hassas bir konudur. Bunun nedeni de kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet arasındaki bağdır. Bazıları yoksulluk ile aile içi şiddet arasında bir bağ kurmaktan kaçınmaktadırlar. Çünkü yoksul erkeklerin kadına yönelik şiddet uygulayıcıları olarak damgalanmasına yol açabileceği düşünülmektedir. Feministler bu konuda aile içi şiddete maruz kalanların sadece yoksul kadınlar olmadığını, yoksul olan her kadınında şiddete uğramadığını savunur. Toplumsal boyutta bakıldığında kadına yönelik şiddetin sadece aile içi şiddetle sınırlı olmadığı görülmektedir. Ancak aile içi şiddete odaklandığımızda, erkeğin geleneksel ekmek kazanan rolüne ya da diğer erkeksi kimliklerine yönelik tehditlerin yoksulluktan kaynaklandığı görülür. İşsizlik erkeğe erkek olmadığını çünkü ailesini geçindiremediğini düşündürmektedir. Hala güçlü olduğunu ve işe yaradığını göstermek için de eşini dövmektedir (Terry 2004).

Kadınların ekonomik güce sahip olması, aile içinde karar verme gücünü, doğurganlık seçeneklerini ve kendine güveni arttıran bir faktördür. Kadının ekonomik gücü arttıkça daha az şiddet görmekte ya da aksine ekonomik gücünün artması eşine daha fazla karşı koymayı sağlayacağından şiddeti arttırmaktadır (Hindin ve Adair 2002).

Yapılan araştırmalar düşük gelirli, erkeğin işsiz olduğu veya düşük statüde çalıştığı ailelerde kadına daha çok şiddet uygulandığını göstermektedir (Cunradı ve ark 2000, Hindin ve Adair 2002, Bassuk ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Titterington 2006). Erkeklerin eşlerine uyguladığı şiddet oranının yüksekliği ve verdiği zararın büyüklüğü düşünüldüğünde bu çalışmanın; kadına yönelik şiddet ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve kadınların yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik faaliyetlere bir destek oluşturacağı düşünülmektedir.

1.8. Şiddetin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Günümüzde sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergelerin (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) bireylerin sağlıklılık düzeylerini tanımlamadaki yetersizliği nedeniyle konuya yaşam kalitesi ile açıklık getirilmeye çalışılmaktadır (Altıparmak ve Eser 2007). Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır. Farklı hayat tecrübelerine sahip grupları karşılaştırmaya imkan verir. Bu nedenle hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir (Alsaker ve ark 2006, Arpacı ve Ersoy 2007).

Yaşam kalitesi, kişinin hayatta tüm anlamıyla iyi olması ve doyum sağlamasıdır (Alsaker ve ark 2006). Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyumu ifadele eder. Yaşam kalitesi günlük yaşamda kullanıldığında hayatın günlük ihtiyaçlarının ekonomik yaklaşımların yanı sıra sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanır (Özyılgan 2004).

Yaşam kalitesi sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanımını yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (Başaran ve ark 2005).

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram gibi görülmelidir. Yalnızca yeterli fiziksel iyilik haliyle birlikte, kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (Eser 2006).

Kadına uygulanan şiddet, kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicisi (WHO 2002) olduğuna göre şiddet gören kadınların yaşam kalitesinin etkilenmesi de kaçınılmaz bir gerçektir. Kadına yönelik şiddet, bir taraftan fiziksel (organ travmaları gibi) ve ruhsal (depresyon, anksiyete gibi)

sağlığı olumsuz etkilerken, diğer taraftan kadının güçlenmesinin ve her alanda söz sahibi olmasının önünde bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Giray ve ark 2005). Şiddet yaşantısı; özelde bireyin sağlığını, yaşama hakkını ve insan haklarını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, parasal kayıpların ötesinde toplumun üretken bireyinin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmakta dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle şiddet, türü ne olursa olsun hoşgörü gösterilmemesi gereken sosyal bir suç ve bir sağlık sorunu olarak kabul edilmelidir (Tel 2002). Bu yüzden Türkiye gibi gelişmekte olan ve geleneksel pek çok niteliği barındıran toplumlarda kadına yönelik şiddet olgusunun ne tür ve şekillerde ortaya çıktığı ve ne boyutta olduğunun saptanması önem taşımaktadır (Yanıkkerem 2002). Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, eş şiddetinin doğuracağı potansiyel zararların ölçülmesinin yanı sıra şiddete karşı alınan tedbirlerin etkililiğinin ölçülmesi için son derece yararlıdır (Leung ve Leung 2005).

1.9. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Alanında Yapılması Gerekenler

İnsanlığın gelişiminde bir engel ve bir insan hakları ihlali olan kadına yönelik şiddet, müdahale edilmediğinde nesilden nesile aktarılan, evrensel ve sosyal bir problemdir (Arabacı ve Karadağlı 2006). Yanıkkerem (2002) İzmir'de yaptığı çalışmasında şiddetin sonuçlarının aile çevresini aşıp sağlık kurumlarına, adli mercilere ya da kadın sığınma evlerine kadar gittiğini bildirmektedir. Kadına yönelik şiddetin oluşmasını engelleyici önlemlerin alınabilmesi, şiddete maruz kalmış olan kadınların erken dönemde tespiti, tedavi ve rehabilitasyon programlarının yapılabilmesi için (Gömbül 1998, Özaydın ve ark 1998, Özkan ve Demir 2002, Deveci ve ark 2005, Giray ve ark 2005, Hıdıroğlu ve ark 2006, Işıloğlu 2006, Biriken 2008);

- Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda siyasi bir kararlılık ve tutum göstermesi, uygulamaları bu yönde geliştirmesi,
- Sağlık sisteminde kadına görünürlük kazandırılması,
- Sağlık Bakanlığı bütçesinin kadın sağlığı gözetilerek düzenlenmesi,

- Sağlık politika ve uygulamalarının kadına yönelik şiddet düşünülerek planlanması,

- Tüm sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda eğitilmesi,

- Şiddetin kaydedilmesi ve bildirilmesi,

- Sağlık sistemi, adalet sistemi ve sosyal hizmet sisteminin kadın örgütleri ile tam koruma ve denetlemeyi gerçekleştirmesi,

- Kadınların şiddet ve şiddete ilişkin hakları konusunda bilgilendirilmesi,

- Aile planlaması ve acil servisler başta olmak üzere tüm sağlık birimlerinde şiddet kurbanlarının erken teşhisi ve sevk edilmeleri için modeller hazırlanıp, uygulamaya konulması,

- Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlar halkla ilişkileri değerlendirilerek konuyla ilgili hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmesi,

- Şiddeti onaylayan tutumun yaygınlığı ve şiddete maruz kalanların çokluğu göz önünde bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerine bu konudaki danışmanlık hizmetlerinin entegre edilmesi (Bu hizmetlerin, sağlık kuruluşlarında veriliyor olması şiddete karşı tutumun ve davranışın değişimini ve hizmetlerin kültürel olarak kabulünü kolaylaştırabilir),

- Şiddetin insidansını ve prevalansını saptayacak araştırmalar yapılması,

- Ulusal sağlık araştırmalarına şiddet sorularının eklenmesi gerekmektedir.

1.10. Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde cinsiyetlerinden dolayı hemşireler çok daha özel bir konuma sahiptir. Bu nedenle hemşireler toplumda şiddetin azaltılmasında, şiddeti önleme, şiddetten korunma ve şiddete erken müdahaleyi içeren, şiddetsiz bir kültür oluşturmada daha etkin rol alabilirler (Tel 2002, Baysan 2003, Arabacı ve Karadağlı 2006). Hemşireler, şiddete uğrayan kadınlara yol göstererek ve onları anlamaya çalışarak yardımcı olabilirler. Hemşirelerin en önemli sorumluluğu, kadının kendi yaşamını kontrol edebilmesi için çevresindeki seçenekleri sunmak olmalıdır (Yanıkkerem 2002).

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan kadınların sıklıkla başvurabilecekleri kurumlarda hizmet vermeleri nedeni ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, çok daha stratejik bir konuma sahiptirler. Bu konumlarından dolayı kadına yönelik şiddet olgularının erken saptanmasında ve kadınların içinde bulundukları duruma ilişkin kabul edilebilir çözüm yolları bulunmasında, fiziksel ve ruhsal olarak gerekli yardımı sağlamada hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir (Arabacı ve Karadağlı 2006).

Baysan (2003) yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %67,5'inin şiddet olgusuyla karşılaştığını, %3,9'unun kendisini kadına yönelik şiddete yaklaşım konusunda yeterli bulmadığını saptamıştır. Arabacı ve Karadağlı (2006) yaptıkları çalışmada hemşire ve ebelerin %67,5'inin kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaştığını ve %73,4'ünün kendisini kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bulurken, %26,6'sının yeterli bulmadığını saptamıştır.

Aile içi şiddeti tanımada, doğum ve kadın sağlığı hemşireleri, acil bakım hemşireleri ve halk sağlığı hemşireleri mağdurlara en yakın olan ve yeterli bakım sağlayabilecek bir pozisyondadır. Çoğu kez şiddete uğrayan kadını belirlemek güçtür. Ancak şiddetin tanımlanması ve daha fazla kadının şiddete uğramasını önlemek açısından önemlidir. Hemşireler aile içi şiddetten şüphelendikleri zaman şiddete ilişkin sorular sormalı, empati ile yaklaşmalı, hastanın sırlarına saygı göstermelidir (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Yanıkkerem 2002). Ayrıca bu durumu adli mercilere bildirmek konusunda yasal sorumluluğunun farkında

olmalıdır. 237 sayılı TCK 279/280 maddeleri bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren sağlık çalışanları hakkında altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabileceğini, ayrıca görevini kötüye kullanmaktan bu cezaya ilave olarak bir yıl daha hüküm alabileceklerini belirtmektedir (TCK 2004) .

Hemşireler, kadının kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü yeniden kazanmasını sağlayıcı, destekleyici ve güven verici hemşirelik yaklaşımında bulunmalıdırlar. Kadın "mağdur" statüsünden kurtularak kendi yaşam denetimini elde etmesi için desteklenmeli ve en kalıcı sığınağın kendi özgüveni olduğunu kavramalıdır (Muslu ve Erdem 2002).

Şiddete uğrayan kadını tanımayı güçleştiren etmenler; kadının utanması, başkalarının duyacağı korkusu, çabucak tedavi olup ayrılma isteği ve saldırganla beraber olduğu için incinmenin nedenini ifade edememesidir (Gömbül 1998). Bu nedenle hemşirelerin aile içi şiddetten şüphelendikleri durumlarda veri toplamayı kadının güven duyması ve kendini rahat hissetmesi için ayrı bir odada yapmalıdır. Hemşirelerin kadında şiddet belirti ve bulgularını bilmesi, gözlemlemesi ve bütünüyle fiziksel muayene yapması gerekir (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001). Hemşire kadının yanına oturmalı ve dostça bir ilişki ile belli bir zaman harcamalıdır. Görüşmede kadını destekleyerek, yargılamadan, suçlamadan, eğer kadın şiddetin varlığından bahsediyorsa bu durumun önemsendiği belirtilerek, öyküsünü anlatmasına izin verilmeli ve konuşması kesilmemelidir (Eryılmaz 2001, Baysan 2003). Birçok kadın çeşitli nedenlerden dolayı şiddeti inkâr eder, gizler ya da az bilgi verme eğilimindedir. Böyle durumlarda güven verici ve ilgili bir yaklaşımla kadının şiddeti açıklamasına yardımcı olunmalı, kadına direkt olarak ve açık uçlu sorular sorulmalıdır (Eryılmaz 2001). Şahin ve Şahin'in (2003) yaptıkları çalışmada kadınların sadece %6,1'i, sağlık çalışanlarınca şiddeti tanımlamak için şiddetle ilgili soru sorulduğunu belirtmiştir.

Bir kadının şiddete uğradığını gösteren belirti ve bulgular şunlardır (Gömbül 1998, Eryılmaz 2001, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003);

— Tekrarlayan testlerle belirlenemeyen şüpheli hastalıklar, kronik baş ağrısı, uyku ve iştah bozuklukları, çarpıntı, halsizlik vb,

— Açıklanamayan incinmeler ya da incinmeye uygun olmayan açıklamalar, incinme nedeniyle utanma,

— Yüz, kol, bacak, karın, sırt, göğüsler, kalça ve genital organlarda değişik derecelerde skar, ezilme, çürüme ve diğer yara şekilleri, yanık, kemik kırıkları,

— Belli bir bölgede yama tarzında saç kaybı, boğma izi, üst kolda sıkmaya bağlı morarma,

— Nedeni açıklanamayan ya da tekrarlayan yaralanmalar,

— Prenatal bakıma gelmeme ya da geç gelme,

— Sosyal izolasyon,

— Sağlık personeli ile göz temasından kaçınma, utanarak, tedirgin ve ürkek bir şekilde bakma,

— Kadının sigara ve alkole başlaması veya bunların miktarını arttırması,

— İntihar düşüncesi ya da girişimi,

— Gebelik komplikasyonları (plasenta ayrılması, doğum öncesi kanama, uterus rüptürü gibi), düşük, gebelik süresince incinme ve yaralanmalar, istenmeyen gebelik öyküsü,

— Kendi kendine başedebileceğine inanarak, yardım teklifini kabul etmeme,

— Yaralanma durumunda tıbbı bakım almayı geciktirme,

— Kadının yanından ayrılmak istemeyen, kontrol edici eşidir.

Aile içi şiddete uğrayan kadın yara ve morlukları örtmek için siyah gözlük, elbise ve saç düzenini kullanır. Fiziksel muayenede hemşireler yüzü, göğsü, batını ve kalçaları gözlemleyerek aile içi şiddeti değerlendirmelidir. Özellikle eski ve yeni yaraların bir arada olması şiddet açısından önemlidir. Bu

yaralanmalar küçük bir morarmadan ciddi bir yaralanmaya kadar değişken olabilir (Eryılmaz 2001).

Hemşirelerin sağlık bakım sistemine katılan tüm kadınları, potansiyel şiddet yönünden değerlendirmesi son derece önemlidir (Gömbül 1998). Değerlendirmede özellikle kadının mesleği, geçim kaynağı incelenmelidir. Şiddete uğrayan kadınlara yalnız olmadıkları ve sağlık çalışanlarının kendisine yardım edebileceği güvencesi verilmeli, kadına emosyonel destek sağlanmalı, kadın şiddetin nedeninin kendi suçu veya eksikliğinden kaynaklanmadığı fikrine inandırılmalı ve şiddetin hiçbir durumda kabul edilemeyeceği belirtilmelidir. Kadının şiddetin kısır döngüsünden kurtulabilmesi için, benlik saygısını güçlendirici yaklaşımlarla desteklenmeli, kendi çözümünü kendisinin bulmasına yardım edilmelidir. Şiddete uğrayan kadına özellikle şiddet siklusu hakkında bilgi verilmeli ve şiddetin tekrarlama olasılığı hatırlatılmalı, herhangi bir şiddet durumunda kadının başvurabileceği birimler ve telefon numaraları öğretilmeli, yasal hakları konusunda bilgi verilmeli, tüm bu bilgileri verdikten sonra kadının kendine gelecek tehlikeleri ve kendi risk durumunu belirleyerek en iyi kararı vermesi sağlanmalıdır. Kadın mağdur statüsünden kurtularak kendi yaşamının denetimini elde etmesi için desteklenmeli ve en kalıcı sığınağın kendi özgüveni olduğu mesajı verilmelidir (Eryılmaz 2001, Muslu ve Erdem 2002).

Şiddeti uygulayan eş danışmanlık, rehberlik ve tedavi edici hizmetleri alabilmesi için yönlendirilmelidir (Baysan 2003). Şiddet uygulayan eş ile şiddetin nedenleri ve sonuçları hakkında konuşulmalı, şiddeti önleyici telkinlerde bulunulmalıdır. Örneğin; sinirlendiği zaman ortamdan uzaklaşması ve sakinleşince geri dönmesi önerilebilir. Alkol kullanıyorsa alkolü bırakması önerilmeli veya alkol bırakma tedavisi için yönlendirilmelidir. Bu girişimlerle istenilen sonuca varılamazsa şiddet uygulayanın bir psikologa gitmesi sağlanmalıdır. Şiddet gebelikte oluyorsa prenatal kontrollere her iki eş birlikte davet edilmelidir. Hemşirelerce şiddetin gebe ve fetüse olan etkileri hakkında bilgiler vermeli, şiddetin tekrarının önlenmesine yönelik önerilerde bulunmalıdır (Eryılmaz 2001).

Hemşireler sağlık hizmetinin verildiği tüm basamaklarda, şiddete ilişkin bakımda etkin rol alabilmeleri ve başarılı olabilmeleri için, şiddetin sözel ve sözel

olmayan belirti ve bulgularını, şiddeti ortaya çıkaran etmenleri, şiddet döngüsünü, şiddete uğrayan kişiyi destekleyici olan ya da olmayan girişimleri bilmek ve şiddete uğrayan birey ve ailesine yardım etme becerisine sahip olmak zorundadır (Gömbül 2000).

Hemşireler; evde, hastanede, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, okullarda, iş yerinde kısacası toplumun tüm alanlarında bireylerle en yakın çalışan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşireler şiddetin önlenmesinde ve gelecekteki yaralanmaların önüne geçilmesinde; şiddetin taramasını yaparak ve tanısını koyarak, kadınları eğiterek, kadınlara başvurabilecekleri kaynakları öğreterek şiddetin azaltılmasında güçlü bir etki oluşturabilirler. Türkiye'de kadına yönelik şiddetle ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmakla birlikte (Kurçer ve ark 1999, Yanıkkerem 2002, Deveci ve ark 2005, Güler ve ark 2005, Hıdıroğlu ve ark 2006) farklı sosyoekonomik durumlardaki kadınların şiddete maruz kalma durumlarını yaşam kalitesi kapsamında değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma Konya'da farklı sosyoekonomik durumlardaki kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını, sosyoekonomik durumun şiddete maruz kalma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma 15–49 yaş evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını, sosyoekonomik durumun şiddete maruz kalma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek üzere tanımlayıcı-karşılaştırmalı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Konya ili üç merkez ilçeden (Karatay, Meram, Selçuklu) oluşmaktadır. 2006 yılı ETF kayıtlarına göre Karatay ilçesinin merkez nüfusu 235,976, Meram ilçesinin merkez nüfusu 333,500 ve Selçuklu ilçesinin merkez nüfusu ise 429,882'dir (Konya İl Sağlık Müdürlüğü 2006).

Araştırma Konya Meram ilçesi 30 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesi ve Konya Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde yapılmıştır. Bu Sağlık Ocağı hizmet bölgeleri, farklı sosyoekonomik düzeylere sahip olmaları ve araştırma amacına uygunlukları nedeniyle seçilmiştir. Bu farklılık dolayısıyla şiddet ile sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Konya Meram ilçesi 30 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesi, düzgün bir kentleşmeye sahiptir. Konutlar daha çok apartman şeklindedir. Meram ve Büyükşehir Belediyelerinden elde edilen bilgilerle bu bölgenin iyi bir alt yapısının olduğunu, ulaşım sorununun olmadığını, belediye hizmetlerinin iyi ve sorunsuz bir şekilde yürütüldüğü öğrenilmiştir. Valilik, belediye ve il milli eğitim müdürlüğü kayıtlarından bu mahallede yaşayanlara herhangi bir ekonomik yardım yapılmadığı ve bu mahalleden de bir yardım talebinin gelmediği tespit edilmiştir. Mahalle muhtarıyla yapılan görüşme ve sağlık ocağı kayıtlarının incelenmesi sonucu, bu mahallede yaşayan bireylerin sosyoekonomik durumlarının iyi düzeyde ve eğitim seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Konya Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde konutlar tek katlı ve bahçeli evler şeklindedir. Valilik, belediye ve il milli eğitim müdürlüğü kayıtlarından bu mahallede yaşayanlara, ekonomik yardımların yapıldığı ve bireysel yardım talebinin de geldiği tespit edilmiştir. Mahalle muhtarıyla yapılan görüşme ve

sağlık ocağının kayıtlarının incelenmesi sonucu bu mahallede oturan bireylerin sosyoekonomik durumlarının orta ve alt seviyede olduğu ile eğitim seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır.

2.3. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini Konya ili merkezinde bulunan, Meram ilçesi 30 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde (6104) ve Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde ikamet eden (6891) 15–49 yaş grubundaki toplam 12,995 kadın oluşturmaktadır. Ancak araştırmada kullanılan veri toplama formlarının özelliği dikkate alınarak 3 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde 1231 ve 30 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde 278 olmak üzere toplam 1509 okur-yazar olmayan kadın araştırma evreni dışında tutulmuştur (2007 ETF kayıtları). Evrendeki toplam kadın sayısını 11,486 olduğu belirlenmiştir. Araştırma evreninin oluşturulmasında kadınların;

- 15–49 yaş,
- okuryazar,
- evli,
- araştırmaya katılmayı kabul eden,
- sağlık ocağına hizmet almak üzere gelen kadınlar olmasına dikkat edilmiştir.

2.4.Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örnek büyüklüğünün hesaplanmasında iki grup arasındaki oranların belirli bir doğrulukta tahminine yönelik bir hesaplamadan yararlanılmıştır. Literatür taraması sırasında sosyoekonomik duruma yönelik yapılmış bir araştırmaya ulaşılamaması nedeniyle iki farklı sosyoekonomik durumdaki şiddet oranları 0,50 olarak kabul edilmiştir. %95 güven düzeyinde, %10 sapmada belirtilen tablo değeri dikkate alınmıştır (Lwange ve Lemeshow 1991). Buna dayanarak her bir bölgeden 193'er okur-yazar ve evli kadının örneğe alınmasına karar verilmiş, toplam örnek büyüklüğü 386 olarak saptanmıştır.

2.5. Örnek Seçimi

Çalışmanın yapıldığı sağlık ocağına herhangi bir nedenle hizmet almak üzere başvuran ve çalışmanın örnek grubunun özelliklerine uygun kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler araştırmacı tarafından Meram ilçesi 30 Nolu Sağlık Ocağı ve Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında kadınların tanıtıcı özelliklerini, sosyoekonomik durumlarını ve eşinden şiddet görme durumunu değerlendiren bir anket formu (EK A) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için "Kısa Form 36 (SF 36)" (EK B) kullanılmıştır.

2.6.1.Anket Formu (EK A)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri (Lloyd 1997, Kurçer ve ark 1999, Martin ve ark 1999, Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Johnson ve ark 2003, Şahin ve Şahin 2003, Peedicayil ve ark 2004, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Valladares ve ark 2005, Karaçam ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Koçoğlu 2006) doğrultusunda oluşturulan anket formu kadınlara ve eşlerine ilişkin tanımlayıcı bilgileri, ailenin sosyoekonomik durumunu ve eşinden şiddet görme durumunu değerlendirmeye yönelik bazı bilgileri içermektedir. Anket formu; demografik özellikleri değerlendiren ve 8, doğurganlık özelliklerini değerlendiren 3, sosyoekonomik durumu değerlendiren 4, şiddete maruz kalma durumunu değerlendiren 7 soru olmak üzere toplam 22 sorudan oluşan oluşmaktadır.

Anket formunda demografik özellikleri olarak; kadının yaşı, kadının ve eşinin öğrenim durumu, kadının mesleği, aile tipi, evlilik süresi ve nikah türü, doğurganlık özellikleri olarak; doğum sayısı, çocuk sayısı ve düşük öyküsü, sosyoekonomik durumu tanımlamak için; aylık gelir, gelir durumunu değerlendirme, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti sorgulanmıştır.

Şiddete maruz kalma durumu ise; eşinden şiddet görme, şiddetin sıklığı, eşin çocuğuna şiddet uygulaması, şiddet türleri (fiziksel, sözel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet), şiddet nedenleri (maddi sorunlar, eşin kötü alışkanlıklarının

olması, eşin bir anlık öfkesi, eşin kıskanç olması, eşin ruhsal sorunlarının olması, eşine göre ev işlerini iyi yapamama, eşinin eve geç gelmesini sorgulama, kadının davranışları, ailevi sorunlar, zorla evlenme), şiddete gösterilen tepki **(**hiç tepki vermeme/içine kapanma, ağlama/darılma, kırılma, konuşmama, sözle karşılık verme/bağırma, polise telefon etme) ve evliliği sürdürme nedeni (çocuğum babasız kalmasın diye, eşimi sevdiğim için, hiçbir gelirim olmadığı için, bir gün düzeleceğini düşündüğüm için) kapalı uçlu sorularla sorgulanmıştır.

2.6.2. Kısa form–36 (SF–36) (EK B)

Yaşam kalitesini değerlendirmek için "Kısa Form 36 (SF 36)" kullanılmıştır. SF 36, jenerik ölçütler içerisinde en yaygın kullanılandır. Geniş açılı ölçüm sağlayan SF 36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık ve ya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir (Aydemir 1999, Başaran ve ark 2005).

Ölçek, kendini değerlendirme ölçeğidir ve hasta tarafından çok kısa sürede doldurulabileceği belirtilmektedir. Beş dakika gibi kısa bir sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve özürlülükteki küçük değişimleri saptamada kullanılan diğer ölçeklerden (Örn: Nottingham Sağlık Profili, NSP) daha duyarlı olması SF-36'nın avantajları arasında sayılmaktadır (Koçyiğit ve ark1999).

SF-36'nın, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada osteatriti olan 50 ve kronik bel ağrısı olan 50 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. SF-36'nın yanı sıra Nottingham Sağlık Profili de kullanılmıştır. Güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçeğin Cronbach alfa katsayıları ayrı ayrı hesaplanmış ve 0,73–0,76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları ise 0,47–0,88 arasında hesaplanmıştır. Geçerlilik çalışmasında ise multitrait-multimetot matriks uygulanmış ve korelasyon katsayıları 0,44–0,65 arasında bulunmuştur. Böylelikle, SF-36'nın Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır. SF–36 ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları mental sağlık enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması olmak üzere sağlığın sekiz boyutunun ölçümünü sağlamaktadır

(Aydemir 1999, Koçyiğit ve ark1999). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa katsayıları 0,77 ile 0,82 arasında bulunmuştur. SF–36'nın değerlendirme yönergesi çizelge 2.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.1. SF–36 Değerlendirme Yönergesi

	Parametreler	İlgili Şıklar	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel Sağlık Bileşenleri	Fiziksel Fonksiyon	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10	20
	Fiziksel Rol	4 (a+b+c+d)	4	4
	Ağrı	7+8	2	10
	Genel Sağlık Algısı	1+11 (a+b+c+d)	5	20
Mental Sağlık Bileşenleri	Canlılık	9 (a+e+g+i)	4	20
	Sosyal Fonksiyon	6+10	2	8
	Emosyonel Rol	5 (a+b+c)	3	3
	Mental Sağlık	9 (b+c+d+f+g)	5	25

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan/olası ham puan*100
Kaynak: Aydemir (1999) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form–36, 3-P Dergisi (7) 14–22.

Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermekte ve puanlar 0–100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (Koçyiğit ve ark1999). SF–36'nın alt ölçeklerinin puanlamasının anlamlandırılması çizelge 2.2'de verilmiştir.

Çizelge 2.2. SF-36'nın alt ölçeklerinin puanlanmasının anlamlandırılması

Alt Ölçekler	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel fonksiyon	Yıkanma ve giyinmede dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol kısıtlılıkları (fiziksel olarak)	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık
Mental sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol kısıtlıkları	Emosyonel sorunlar sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Canlılık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın genel algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

Kaynak: Aydemir (1999) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form–36, 3-P Dergisi (7) 14–22.

2.7. Ön Uygulama

Veri toplama formlarındaki soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla araştırma öncesi 3 No'lu sağlık ocağı hizmet bölgesinden 10 kadınla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda anket formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 – 20 dk sürdüğü gözlemlenmiştir.

2.8. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Ekim 2007- 15 Şubat 2008 tarihleri arasında Konya Meram ilçesi 30 Nolu ve Konya Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı'da ayrı bir odada araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

2.9. Değişkenler

2.9.1. Bağımlı Değişkenler

- Eş tarafından şiddete uğrama
- Yaşam kalitesi puanı

2.9.2. Bağımsız Değişkenler

- Demografik ve doğurganlık özellikleri
- Sosyoekonomik özellikler
- Yaşanılan sağlık ocağı bölgesi
- Şiddetin özellikleri ve şiddet türleri

2.10. Terminoloji Tanımlaması

Kadına yönelik şiddet: Kadına yönelik şiddet cinsiyete dayalı ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel ya da toplumsal yaşamda gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesidir (Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993).

Fiziksel şiddet; dayak atma (sarsma, hırpalama, tokat, yumruk, tekme atma, saçından tutup yerlerde sürükleme), cisimler atma, sopa ya da bir eşya ile vurma/duvara vurma, kesici, delici aletlerle/ateşli silahlarla zarar verme (bıçak, tabanca vb) ve üzerinde sigara söndürme gibi işkenceler olarak tanımlanmıştır (Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Şahin ve Şahin 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Karaoğlu ve ark 2006).

Sözel şiddet; azarlar şekilde ismiyle çağırma, bağırarak korkutma, hakaret /küfür etme, sözle saldırı ya da tehdit olarak tanımlanmıştır (Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Şahin ve Şahin 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Karaoğlu ve ark 2006).

Duygusal şiddet; alay etme/küçümseme ya da isim takma, kendisine karşı soğuk ve katı davranma, saygı göstermeme/başkalarının yanında küçük düşürme, kadının evden çıkmasını/çevresiyle görüşmesini yasaklama, kadının ev dışında olduğu dönemlerde her hareketini denetleme olarak tanımlanmıştır (Eryılmaz 2001,

Ayrancı ve ark 2002, Şahin ve Şahin 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Karaoğlu ve ark 2006).

C*insel şiddet;* cinsel ilişkiye zorlama, istemeden hamile bırakılma, cinselliği ile alay etme, başkaları ile cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır (Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Şahin ve Şahin 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Karaoğlu ve ark 2006).

Ekonomik şiddet; parasının zorla alınması/çalınması, çalışmanın engellenmesi, evin temel giderlerinin karşılanmaması (evin faturaları, yiyecek, kira vs.) olarak tanımlanmıştır (Eryılmaz 2001, Ayrancı ve ark 2002, Şahin ve Şahin 2003, Giray ve ark 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Karaoğlu ve ark 2006).

2.11.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada her bir kadın için elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10,0 paket programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin analiz yöntemlerine karar vermeden önce normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Student t testi, Kikare, One-way Anova önemlilik testleri kullanılmıştır.

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bilgiler araştırma yapıldığı sağlık ocakları bölgesindeki 15–49 yaş evli ve okuma yazma bilen kadınlar için geçerlidir. Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilecek bilgiler kadınların öz bildirimine dayalıdır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin özelliğinden dolayı araştırmaya okur-yazar olmayan kadınların dahil edilmemesi kadına yönelik eş şiddetinin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

2.13. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Konya kent merkezinde farklı sosyoekonomik durumlardaki 15–49 yaş evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını yaşam kalitesi

kapsamında değerlendirmek ve sosyoekonomik durum ile şiddet arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın hipotezleri şunlardır;

1-Şiddete maruz kalan kadınlar sosyoekonomik seviyesi düşük bölgede yaşar.

2-Şiddete maruz kalan kadınların yaşam kalitesi düşüktür.

2.14. Araştırmanın Varsayımları

Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılacaktır.

2.15. Araştırmanın Etiği

Veriler toplanmadan önce, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan (28.05.2007 tarihindeki 2007/113 kararı ile) onay (EK D) ve Sağlık Bakanlığı'ndan (Temel Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden) yazılı izin alınmıştır (EK C). Çalışmaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler kısaca açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin korunması" ilkesi yerine getirilmiştir (Bayık 2004).

2.15.1. Onam Formu

Bu araştırmada; kadına yönelik eş şiddetinin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenecektir. Bu amaçla bir ölçek ve bir anket formu uygulanacaktır. Sorular şiddet yaşamanızla ilgili bazı bilgileri içermektedir. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün Adı – Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

3. BULGULAR

15–49 yaş evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarının yaşam kalitesi kapsamında değerlendirildiği ve sosyoekonomik durum ile şiddet arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler ve çalışma amaçlarına ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1-Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

2-Araştırma bölgelerinin demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum ve şiddet özelliklerine ilişkin bulgular

3-Demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum ve yaşanılan bölge özelliklerinin şiddet görme ve yaşam kalitesi ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların bazı demografik, doğurganlık, sosyoekonomik ve şiddet özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulguları yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Demografik ve doğurganlık özellikleri

Demografik özellikler	Ortalama	SS
Yaş	30,7	7,2
Doğum Sayısı	2,1	1,1
Çocuk Sayısı	2,0	1,0
Evlilik Süresi (yıl)	10,3	7,2
	Sayı	**%**
Kadının Öğrenim Durumu		
Okuryazar/İlkokul	248	64,3
Ortaokul	29	7,5
Lise	60	15,5
Üniversite	49	12,7
Kadının Mesleği		
Ev hanımı	341	88,3
Çalışıyor	45	11,7
Eşin Öğrenim Durumu		
Okuryazar/İlkokul	181	46,9
Ortaokul	44	11,4
Lise	91	23,6
Üniversite	70	18,1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	287	74,4
Geniş Aile	99	25,6
Nikâh Türü		
Dini nikah	16	4,1
Resmi nikah	370	95,9
Düşük Öyküsü		
Var	72	18,7
Yok	314	81,3

Çalışma kapsamına alınan 386 kadının demografik ve doğurganlık özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.1.1'de yer almaktadır. Kadınların yaş ortalamasının 30,7±7,2 ve evlilik süresinin ortalaması 10,3±7,2 yıl olduğu saptanmıştır. Kadınların ortalama 2,1±1,1 doğum yaptığı, çocuk sayısı ortalamasının 2,0±1,0 ve %18,7'sinin düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunun okuryazar-ilkokul mezunu (%64,3), sadece %12,7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %46,9'unun okuryazar-ilkokul mezunu ve %18,1'inin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir**.** Kadınların %88,3'ünün ev hanımı olduğu ve %74,4'ünün çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %95,9'unun resmi ve %4,1'inin dini nikahlı olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.1.2. Sosyoekonomik özelliklerin dağılımı

Sosyoekonomik Özellikler	Ortalama	SS
Aylık Gelir	1153,3	966,0
	Sayı	**%**
Kadının Gelir Algısı		
İyi	89	23,1
Orta	198	51,3
Kötü	99	25,6
Sağlık Güvencesi		
Var	330	85,5
Yok	56	14,5
Konut Mülkiyeti		
Ev sahibi	196	50,8
Kiracı	190	49,2

Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir ortalamasının 1153,3± 966,0 olduğu ve kadınların %51,3'ünün ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiği görülmüştür. Kadınların %85,5'inin sağlık güvencesinin olduğu ve %50,8'inin de kendine ait bir evde yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.3. Şiddet özellikleri ve şiddet türlerinin dağılımı

Şiddet Özellikleri	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)
Şiddet Görme	119 (30,8)	267 (69,2)
Şiddet Sıklığı (n=119)		
Haftada en az 1–2 kez	47 (12,2)	72 (18,6)
Ayda en az 1–2 kez	50 (13,0)	69 (17,8)
Yılda en az 1–2 kez	22 (5,7)	97 (25,1)
Eşin Çocuğa Şiddet Uygulaması*	28 (7,3)	358 (92,7)
Fiziksel Şiddet	54 (14,0)	332 (86,0)
Sözel Şiddet	108 (28,0)	278 (72,0)
Duygusal Şiddet	100 (25,9)	286 (74,1)
Cinsel Şiddet	31 (8,0)	355 (92,0)
Ekonomik Şiddet	44 (11,4)	342 (88,6)

*Yalnızca çocuğu olanlara sorulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %30,8'inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kadınların %12,2'sinin haftada, %13'ünün ayda, %5,7'sinin yılda ayda en az 1–2 kez şiddete uğradığı saptanmıştır. Kadınların eşlerinin %7,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı görülmüştür. Şiddet türlerine

bakıldığında; kadınların %14'ünün fiziksel, %28'inin sözel, %25,9'unun duygusal, %8'inin cinsel ve %11,4'ünün ekonomik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1.4. Şiddetin alt boyutlarının özelliklerinin dağılımı

Şiddetin Alt Boyutlarının Özellikleri*	**Sayı (%) (Evet **)**
Fiziksel Şiddet (n=54)	
Dayak atma (sarsma, hırpalama, tokat atma, yumruk/tekme, atma/saçından tutup yerlerde sürükleme)	50 (13,0)
Cisimler atma/sopa ya da bir eşya ile vurma/duvara vurma	22 (5,7)
Kesici, delici aletlerle/ateşli silahlarla zarar verme (bıçak, tabanca vb.)	4 (1,0)
Üzerinde sigara söndürme	1 (0,3)
Sözel Şiddet (n=108)	
Azarlar şekilde ismiyle çağırma	97 (25,1)
Bağırarak korkutma	95 (24,9)
Hakaret/küfür etme	55 (14,2)
Sözle saldırı ya da tehdit	36 (9,3)
Duygusal Şiddet (n=100)	
Kendisine karşı soğuk ve katı davranma	58 (15,0)
Kadının ev dışında olduğu dönemlerde her hareketini denetleme	49 (12,7)
Kadının evden çıkmasını/çevresiyle görüşmesini yasaklama	40 (10,4)
Saygı göstermeme/başkalarının yanında küçük düşürme	38 (9,8)
Alay etme/küçümseme ya da isim takma	37 (9,6)
Cinsel Şiddet (n=31)	
Cinsel ilişkiye zorlanma	21 (5,4)
İstemeden hamile bırakılma	4 (1,0)
Cinselliği ile alay edilme	9 (2,3)
Başkaları ile cinsel ilişkiye zorlanma	1 (0,3)
Ekonomik Şiddet (n=44)	
Çalışmasının engellenmesi	30 (7,8)
Evin temel giderlerinin karşılanmaması (evin faturaları, yiyecek, kira vs.)	15 (3,9)
Parasının zorla alınması/çalınması	9 (2,3)

*Kadınlar şiddetin alt boyutlarından bir ya da birden çok boyutuna evet cevabı vermiştir.
** Yalnızca evet cevabı verenlerin yüzdesi tabloya alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların fiziksel şiddet türleri içinde daha çok dayak atmaya (sarsma, hırpalama, tokat atma, yumruk/tekme atma, saçından tutup yerlerde sürükleme) (%13), sözel şiddet türleri içinde daha çok azarlar şekilde ismiyle çağırmaya (%25,1), duygusal şiddet türleri içinde daha çok kendisine karşı

soğuk ve katı davranmaya (%15,0), cinsel şiddet türleri içinde daha çok cinsel ilişkiye zorlanmaya (%5,4) ve ekonomik şiddet türleri içinde daha çok çalışmasının engellenmesine (%7,8) maruz kaldığı görülmektedir.

Çizelge 3.1.5. Şiddet nedenleri, şiddete gösterilen tepki ve evliliği sürdürme nedenlerinin dağılımı

Şiddet Nedenleri (n=119)*	**Sayı**	**%****
Eşin bir anlık öfkesi	87	22,5
Ailevi sorunlar (çocuklarla, kayınvalide ile, akrabalarla ilgili)	61	15,8
Maddi sorunlar	53	13,7
Eşin kıskanç olması	51	13,2
Eşinin eve geç gelmesini sorgulama	39	10,1
Eşine göre ev işlerini iyi yapamama	23	6,0
Eşin ruhsal sorununun olması	19	4,9
Eşin kötü alışkanlıkları (kumar oynama, alkol, eroin, hap kullanması)	13	3,4
Benim davranışlarım	6	1,6
Ailelerin zorla evlendirmesi	4	1,0
Şiddete Gösterilen Tepki (n=119)		
Ağlama, darılma, kırılma, konuşmama	79	20,5
Sözle karşılık verme, bağırma	42	10,9
Tepki vermeme-içine kapanma	29	7,5
Polise telefon etme	9	2,4
Evliliği Sürdürme Nedenleri (n=119)		
Eşini sevmesi	61	15,8
Çocuğun babasız kalmaması	49	12,7
Düzeleceğini düşünme	44	11,4
Gelirin olmaması	10	2,6

*Kadınlar şiddetin alt boyutlarından bir ya da birden çok boyutuna evet cevabı vermiştir.
** Yalnızca evet cevabı verenlerin yüzdesi tabloya alınmıştır.

Şiddet nedenleri değerlendirildiğinde eşin bir anlık öfkesi (%22,5), ailevi sorunlar (%15,8) ve maddi sorunlar (%13,7) sıklıkla şiddet nedenleri olarak görülmektedir. Kadınların %20,5'i ağlama, darılma, kırılma, konuşmama ve %10,9'u sözle karşılık vererek şiddete tepki göstermektedir. Şiddet görmesine rağmen kadınların %15,8'si eşini sevmesi, %12,7'si çocuğunun babasız kalmaması ve %11,4'ü her şeyin düzeleceğini düşünmesi nedeniyle evliliğini sürdürmektedir.

3.2. Araştırma Bölgelerinin Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Şiddet Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın yürütüldüğü bölgelerin demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum ve şiddet özellikleri ilişkin bulguların karşılaştırmaları yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. Araştırma bölgelerinin bazı demografik ve doğurganlık özellikleri yönünden karşılaştırılması

Demografik Özellikler	3 Nolu Sağlık Ocağı	30 Nolu Sağlık Ocağı	Önemlilik Testi
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	
Yaş	27,8 (5,9)	33,7 (7,1)	**t=-8,891 sd= 384 p= 0,000**
Doğum Sayısı	2,0 (1,1)	2,1 (1,0)	t=-1,094 sd=384 p=0,274
Çocuk Sayısı	1,9 (1,0)	2,1 (1,0)	t=-1,225 sd= 384 p=0,221
Evlilik Süresi (yıl)	7,8 (5,8)	12,8 (7,7)	**t=-7,264 sd=384 p=0,000**
	Sayı (%)*	**Sayı (%)**	
Kadının Öğrenim Durumu			
Okuryazar/İlkokul	162 (83,9)	86 (44,6)	
Ortaokul	20 (10,4)	9 (4,7)	**X²=98,189 sd=3**
Lise	9 (4,7)	51 (26,3)	**p= 0,000**
Üniversite	2 (1,0)	47 (24,4)	
Kadının Mesleği			
Ev hanımı	190 (98,4)	151 (78,2)	**X²=38,260 sd=1**
Çalışıyor	3 (1,6)	42 (21,8)	**p=0,000**
Eşin Öğrenim Durumu			
Okuryazar/İlkokul	125 (64,8)	56 (29,0)	
Ortaokul	31 (16,1)	13 (6,7)	**X²=89,028 sd=3**
Lise	30 (15,5)	61 (31,6)	**p=0,000**
Üniversite	7 (3,6)	63 (32,6)	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	123 (63,7)	164 (85,0)	**X²=89,028 sd= 3**
Geniş Aile	70 (36,3)	29 (15,0)	**p=0,000**
Nikâh Türü			
Dini nikah	12 (6,2)	4 (2,1)	**X²=4,173 sd=1**
Resmi nikah	181 (93,8)	189 (97,9)	**p=0,041**
Düşük Öyküsü			
Var	45 (23,3)	27 (14,0)	**X²= 5,532 sd= 1**
Yok	148 (76,7)	166 (86,0)	**p=0,019**

***** Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgelerinde kadınların yaş ortalaması; 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde 27,8±5,9, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde 33,7±7,1'dir. 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların doğum sayısı ortalamasının

2,0±1,1, çocuk sayısı ortalamasının 1,9±1,0 ve %23,3'ünün düşük öyküsü olduğu, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde doğum ve çocuk sayısı ortalamasının 2,1±1,0 olduğu ve %14,0'ünün düşük öyküsü olduğu saptanmıştır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların evlilik süreleri 7,8±5,8 yıl iken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların evlilik süreleri 12,8±7,7 yıl olduğu tespit edilmiştir. Okuryazar- ilkokul mezunlarının %83,9'u ve ortaokul mezunlarının %10,4'ü 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde otururken, lise mezunlarının %26,3'ü ve üniversite mezunu olanların %24,4'ü 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde bulunmaktadır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %1,6'sı bir işte çalışırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların %21,8'i bir işte çalışmaktadır. Eşlerin öğrenim durumu değerlendirildiğinde 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde eşlerin %64,8'i okuryazar-ilkokul mezunu iken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde %29,0'ı okuryazar-ilkokul mezunudur.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %63,7'si çekirdek ailede yaşarken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %85,0'ı çekirdek ailede yaşamaktadır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların %6,2'sinin dini nikahla yaşadığı, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde ise %2,1'i dini nikahla yaşadığı saptanmıştır.

Araştırma bölgelerinin demografik ve doğurganlık özellikleri yönünden karşılaştırması yapıldığında; kadının yaşı, öğrenim durumu, mesleği, eşin öğrenim durumu, evlilik süresi, aile tipi, nikah türü ve düşük öyküsü ile bölgeler arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sağlık ocağı bölgeleri arasında kadınların doğum ve çocuk sayısı ortalamalarının benzer olduğu, bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.2. Araştırma bölgelerinin sosyoekonomik özellikler yönünden karşılaştırılması

Sosyoekonomik Özellikler	3 Nolu Sağlık Ocağı	30 Nolu Sağlık Ocağı	Önemlilik Testi
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	
Aylık Gelir	517,0 (233,7)	1789,6 (1001,4)	**t=-17,192 sd= 384 p=0,000**
	Sayı (%)*	**Sayı (%)**	
Kadının Gelir Algısı			
İyi	39 (20,2)	50 (25,9)	**X^2=38,642 sd=2 p=0,000**
Orta	78 (40,4)	120 (62,2)	
Kötü	76 (39,4)	23 (11,9)	
Sağlık Güvencesi			
Var	143 (74,1)	187 (96,9)	**X^2=40,438 sd=1 p=0,000**
Yok	50 (25,9)	6 (3,1)	
Konut Mülkiyeti			
Ev Sahibi	70 (36,3)	126 (65,3)	**X^2=32,505 sd=1 p=0,000**
Kiracı	123 (63,7)	67 (34,7)	

***** Sütun yüzdesi alınmıştır.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki ailelerin aylık gelir ortalaması 517,0±233,7 iken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki ailelerin aylık gelir ortalaması 1789,6±1001,4 olarak saptanmıştır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %39,4'ü, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %11,9'u gelir durumunu kötü olarak ifade etmiştir. Sağlık güvencesi olanların %96,9'u 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşamaktadır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların çoğu (%63,7) kiracı iken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayanların çoğunun (%65,3) ev sahibi olduğu görülmüştür.

Sosyoekonomik özelliklerle bölgelerarası karşılaştırma yapıldığında; aylık gelir, kadının gelir algısı, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti ile sağlık ocağı bölgesi arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.3.Araştırma bölgelerinin şiddet özellikleri yönünden karşılaştırılması

Şiddet Özellikleri	3 Nolu Sağlık Ocağı Sayı (%)*	30 Nolu Sağlık Ocağı Sayı (%)	Önemlilik Testi
Şiddet Görme			
Evet	79 (40,9)	40 (20,7)	**X^2=18,478 sd=1**
Hayır	114 (59,1)	153 (79,3)	**p=0,000**
Şiddet Sıklığı			
Haftada en az 1–2 kez	35 (44,3)	12 (30,0)	**X^2=8,068 sd=2 p=0,018**
Ayda en az 1–2 kez	35 (44,3)	15 (37,5)	
Yılda en az 1–2 kez	9 (11,4)	13 (32,5)	
Eşin Çocuğa Şiddet Uygulaması**			
Evet	19 (9,8)	9 (4,7)	**X^2=3,851 sd=1**
Hayır	174 (90,2)	184 (95,3)	**p=0,050**

* Sütun yüzdesi alınmıştır

**Yalnızca çocuğu olanlara sorulmuştur.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %40,9'unun, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların ise %20,7'sinin şiddet gördüğü saptanmıştır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların çoğu (%44,3) yaşadığı şiddetin sıklığını haftada ve ya ayda en az 1–2 kez olarak tanımlarken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların çoğu ise ayda en az 1–2 kez (%37,5) olarak tanımlamıştır. Eşin çocuğa şiddet uygulama durumu incelendiğinde; 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki çocukların %9,8'inin, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki çocukların %4,7'sinin babalarından şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Şiddet özellikleri ile bölgeler arası karşılaştırma yapıldığında; şiddete görme, şiddet sıklığı ve eşin çocuğa şiddet uygulaması ile sağlık ocağı bölgeleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.4.Araştırma bölgelerinin şiddet türleri yönünden karşılaştırılması

Şiddet Tipleri	3 Nolu Sağlık Ocağı Sayı (%)*	30 Nolu Sağlık Ocağı Sayı (%)	Önemlilik Testi
Fiziksel Şiddet			
Evet	41 (21,2)	13 (6,7)	**X^2=16,880 sd=1**
Hayır	152 (78,8)	180 (93,3)	**p=0,000**
Sözel Şiddet			
Evet	74 (38,3)	34 (17,6)	**X^2=20,570 sd=1**
Hayır	119 (61,7)	159 (82,4)	**p=0,000**
Duygusal Şiddet			
Evet	66 (34,2)	34 (17,6)	**X^2=13,820 sd=1**
Hayır	127 (65,8)	159 (82,4)	**p=0,000**
Cinsel Şiddet			
Evet	20 (10,4)	11 (5,7)	X^2=2,841 sd=1
Hayır	173 (89,6)	182 (94,3)	p=0,092
Ekonomik Şiddet			
Evet	29 (15,0)	15 (7,8)	**X^2=5,028 sd=1**
Hayır	164 (85,0)	178 (92,2)	**p=0,025**

***** Sütun yüzdesi alınmıştır

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %21,2'si fiziksel, %38,3'ü sözel, %34,2'si duygusal, %10,4'ü cinsel ve %15,0'ı ekonomik şiddete maruz kalırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %6,7'si fiziksel, %17,6'sı sözel, %17,6'sı duygusal, % 5,7'si cinsel ve %7,8'i ekonomik şiddet gördüğünü belirlenmiştir.

Şiddet türleri ile bölgeler arası karşılaştırma yapıldığında; fiziksel, sözel, duygusal ve ekonomik şiddet ile sağlık ocağı bölgesi arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel şiddet görme ile bölgeler arası farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

3.3. Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Yaşanılan Bölge Özelliklerinin Şiddet Görme ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum ve yaşanılan bölge özelliklerinin şiddet görme ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

Çizelge 3.3.1. Eş şiddeti görme ile demografik ve doğurganlık özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Eş Şiddeti Görme		Önemlilik Testi
	Evet	Hayır	
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	
Yaş	29,7 (7,1)	31,2 (7,1)	t=-1,914 sd=384 p=0,561
Doğum Sayısı	2,1 (1,1)	2,0 (1,0)	t=0,856 sd=384 p=0,393
Çocuk Sayısı	2,1 (1,1)	2,0 (0,9)	t=1,478 sd= 384 p=0,140
Evlilik Süresi (yıl)	9,8 (7,1)	10,5 (7,3)	t=-0,856 sd=384 p=0,392
	Sayı (%)*	**Sayı (%)**	
Kadının Öğrenim Durumu			
Okuryazar/İlkokul	82 (33,1)	166 (66,9)	
Ortaokul	15 (51,7)	14 (48,3)	**X²=12,932 sd=3**
Lise	14 (23,3)	46 (76,7)	**p=0,005**
Üniversite	8 (16,3)	41 (83,7)	
Kadının Mesleği			
Ev hanımı	109 (32,0)	232 (68,0)	X²=1,769 sd=1
Çalışıyor	10 (22,2)	35 (77,8)	p=0,183
Eşin Öğrenim Durumu			
Okuryazar/İlkokul mezunu	59 (32,6)	122 (67,4)	
Ortaokul mezunu	22 (50,0)	22 (50,0)	**X²=12,066 sd=3**
Lise mezunu	23 (25,3)	68 (74,7)	**p=0,007**
Üniversite	15 (21,4)	55 (78,6)	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	87 (30,3)	200 (69,7)	X²=0,139 sd=1
Geniş Aile	32 (32,3)	67 (67,7)	p=0,709
Nikâh Türü			
Dini nikah	10 (62,5)	6 (37,5)	**X²= 7,851 sd=1**
Resmi nikah	109 (29,5)	261 (70,5)	**p=0,005**
Düşük Öyküsü			
Var	20 (27,8)	52 (72,2)	X²= 0,386 sd=1
Yok	99 (31,5)	215 (68,5)	p=0,534

*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Şiddet gören kadınların yaş ortalaması 29,7±7,1 iken, şiddet görmeyen kadınların yaş ortalaması 31,2±7,1 dir. Şiddet gören kadınların doğum ve çocuk sayısı ortalamasının 2,1±1,1, şiddet görmeyen kadınların doğum sayısı ortalamasının

2,0±1,0 ve çocuk sayısı ortalamasının 2,0±0,9 olduğu saptanmıştır. Şiddet gören kadınların evlilik süreleri 9,8±7,1 yıl iken, şiddet görmeyen kadınların evlilik süreleri 10,5±7,3 olduğu tespit edilmiştir.

Okuryazar/ilkokul (%33,1) ya da ortaokul mezunu (%51,7) olan kadınların çoğu şiddete maruz kalırken, lise (%76,7) ve üniversite mezunu kadınların çoğu (%83,7) şiddete maruz kalmamıştır. Okuryazar/ilkokul (%32,6) ve ortaokul mezunu (%50,0) erkeklerin çoğu eşine şiddet uygularken, lise (%74,7) ve üniversite (%78,6) mezunu erkeklerin çoğu eşine şiddet uygulamamıştır. Dini nikahlı (%62,5) kadınların çoğu şiddete maruz kalırken, resmi nikahlı (%70,5) kadınların çoğu şiddete maruz kalmamıştır.

Şiddet görme ile demografik özellikler arasında karşılaştırma yapıldığında; kadının öğrenim durumu, erkeğin öğrenim durumu ve nikah türü ile şiddet görme arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaş, doğum sayısı, çocuk sayısı, düşük öyküsü evlilik süresi, kadının mesleği ve aile tipi ile şiddet görme arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.2. Eş şiddeti görme ile sosyoekonomik özelliklerin karşılaştırılması

Sosyoekonomik Özellikler	Eş Şiddeti Görme*		Önemlilik Testi
	Evet Ortalama (SS)	Hayır Ortalama (SS)	
Aylık Gelir	894,7 (949,5)	1268,6 (952,6)	**t=-3,565 sd=384 p=0,000**
Sağlık Ocağı Bölgesi			
3 Nolu	79 (40,9)	114 (59,1)	**X^2=18,478 sd=1**
30 Nolu	40 (20,7)	153 (79,3)	**p=0,000**
Kadının Gelir Algısı			
İyi	23 (25,8)	66 (74,2)	X^2=4,830 sd=2 p=0,089
Orta	57 (28,8)	141 (71,2)	
Kötü	39 (39,4)	60 (60,6)	
Sağlık Güvencesi			
Var	95 (28,8)	235 (71,2)	**X^2=4,444 sd=1**
Yok	24 (42,9)	32 (57,1)	**p=0,035**
Konut Mülkiyeti			
Ev Sahibi	45 (23,0)	151 (77,0)	X^2= **11,564 sd=1**
Kiracı	74 (38,9)	116 (61,1)	**p=0,001**

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Şiddet gören kadınların aylık gelir ortalamasının şiddet görmeyen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde oturan kadınların çoğu (%40,9) şiddete maruz kalırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde oturan

kadınların çoğu (%79,3) şiddete maruz kalmamıştır. Sağlık güvencesi olmayanların %42,9'u ve kiracıların %38,9'u şiddete maruz kalmıştır.

Şiddet görme ile sosyoekonomik özellikler arasında karşılaştırma yapıldığında; aylık gelir, sağlık ocağı bölgesi, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti ile şiddet görme arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadının gelir algısı ile şiddet görme arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.3. Şiddet özellikleri ile yaşam kalitesinin karşılaştırılması

Şiddet Özellikleri	Fizik. Fonk.**	Fizik. Rol**	Ağrı**	Canlı.**	Gn.Sağ Alg.**	Sos. Fonk.**	Emos. Rol**	Men. Sağ.**
Şiddet Görme								
Evet	70,1±25,0	46,2±39,9	52,7±22,9	45,5±18,7	48,4±19,1	57,5±23,5	43,4±40,3	48,4±15,7
Hayır	73,2±23,4	57,2±41,0	55,0±23,4	51,7±20,1	50,5±18,8	64,6±21,3	54,9±54,9	56,0±17,1
	t=-1,148	**t=-2,450**	t=-0,884	**t=-2,881**	t=-0,976	**t=-2,913**	**t=-2,052**	**t=-4,138**
	p=0,252	**p=0,015**	p=0,377	**p=0,005**	p=0,330	**p=0,004**	**p=0,041**	**p=0,000**
Şiddet Sıklığı								
Hf en az 1–2 k.	68,0±25,2	34,5±37,4	47,4±22,4	44,3±19,1	47,2±19,7	57,1±28,0	43,2±41,0	46,0±17,3
Ayda en az 1–2 k.	73,6±23,9	53,0±42,4	54,8±22,9	45,1±19,0	51,1±18,6	58,7±20,3	42,0±40,2	49,6±14,3
Yılda en az 1–2 k.	62,5±26,3	51,1±37,3	58,7±23,4	46,3±17,8	40,9±17,8	52,2±21,3	45,4±41,8	47,6±14,6
	F:1,619	F:2,905	F:2,226	F:2,232	F: 0,085	F: 0,566	F: 0,550	F:0,627
	p:0,202	p:0,059	p:0,113	p:0,919	p:0,112	p:0,569	p:0,947	p:0,536
Eşin Çocuğa Şiddet Uygulaması*								
Evet	71,4±23,6	48,2±40,2	53,2±21,0	43,5±20,2	51,5±21,2	59,8±19,3	46,4±40,9	47,7±19,3
Hayır	72,3±24,0	54,2±41,0	54,4±23,4	50,3±19,8	49,7±18,7	62,6±22,5	51,7±51,8	54,1±16,8
	t=-0,192	t=-0,752	t=-0,247	t=-1,728	t=0,466	t=-0,652	t=-0,532	t=-1,938
	p=0,848	p=0,453	p=0,805	p=0,085	p=0,641	p=0,515	p=0,595	p=0,053

*Yalnızca çocuğu olanlara sorulmuştur.
** Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol, Ağrı, Canlılık, Genel Sağlık Algısı, Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol, Mental Sağlık

Kadınların şiddet görmelerine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında, fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında fark olduğu tespit edilirken ($p<0,05$), fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Son bir yılda eşinden şiddete görme ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Şiddet sıklığı, eşin çocuğa şiddet uygulaması ile yaşam kalitesinin alt boyutları arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.4. Şiddet türleri ile yaşam kalitesinin karşılaştırılması

Şiddet türleri	Fiziksel Fonk.*	Fiziksel Rol	Ağrı	Canlılık	Gn.Sağ Algısı*	Sosyal Fonk.*	Emos. Rol*	Mental Sağlık
Fiziksel Şiddet								
Evet	72,0±23,0	37,9±38,4	47,1±24,9	42,3±18,9	46,2±18,4	53,9±26,2	35,8±37,6	44,3±13,4
Hayır	72,3±24,1	56,4±40,8	55,5±22,8	51,0±19,8	50,4±18,9	63,8±21,3	53,9±52,6	55,2±17,1
	t=-0,076	**t=-3,101**	**t=-2,267**	t=-3,017	**t=-1,518**	**t=-3,065**	**t=-2,430**	**t=-4,442**
	p=0,940	**p=0,002**	**p=0,014**	p=0,130	**p=0,003**	**p=0,002**	**p=0,016**	**p=0,000**
Sözel Şiddet								
Evet	69,0±24,9	44,9±39,8	52,5±22,6	44,6±18,3	46,6±18,9	56,9±23,6	42,2±40,4	47,1±15,1
Hayır	73,5±23,5	57,2±40,9	55,0±23,5	51,8±20,1	51,1±18,7	64,6±21,4	54,9±54,3	56,2±17,0
	t=-1,657	**t=-2,686**	t=-0,950	**t=-3,200**	**t=-2,118**	**t=-3,066**	**t=-2,190**	**t=-4,445**
	p=0,098	**p=0,008**	p=0,343	**p=0,001**	**p=0,035**	**p=0,002**	**p=0,029**	**p=0,000**
Duygusal Şiddet								
Evet	69,5±25,7	46,5±41,2	52,3±22,9	44,5±19,7	47,2±19,3	56,1±24,0	42,3±41,5	47,7±15,3
Hayır	73,2±23,2	56,3±40,6	55,0±23,4	51,6±19,6	50,8±18,6	64,6±21,2	54,5±53,7	55,7±17,1
	t=-1,342	**t=-2,085**	t=-1,005	**t=-3,108**	t=-1,634	**t=-3,348**	**t=-2,065**	**t=-4,135**
	p=0,181	**p=0,038**	p=0,316	**p=0,002**	p=0,103	**p=0,001**	**p=0,040**	**p=0,000**
Cinsel Şiddet								
Evet	70,1±22,3	43,5±40,8	57,9±24,5	43,5±16,4	46,9±15,7	56,4±18,7	44,0±37,8	44,6±9,9
Hayır	72,4±24,1	54,7±40,9	54,0±23,1	50,3±20,1	50,1±19,1	62,9±22,5	52,0±52,1	54,5±17,3
	t=-0,509	t=-1,458	t=0,889	t=-1,834	t=-0,898	t=-1,569	t=-0,828	**t=-3,119**
	p=0,611	p=0,146	p=0,374	p=0,067	p=0,370	p=0,117	p=0,408	**p=0,000**
Ekonomik Şiddet								
Evet	70,9±25,2	41,4±42,4	50,9±22,1	43,0±21,3	44,9±20,9	54,4±25,5	38,6±41,2	48,1±16,9
Hayır	72,4±23,8	55,4±40,5	54,7±23,4	50,6±19,5	50,5±18,5	63,4±21,6	53,0±52,0	54,4±16,9
	t=-0,398	**t=-2,133**	t=-1,023	t=-2,404	**t=-1,838**	**t=-2,521**	t=-1,761	**t=-2,296**
	p=0,691	**p=0,034**	p=0,307	p=0,067	**p=0,017**	**p=0,012**	p=0,079	**p=0,022**

***** Fiziksel fonksiyon, Genel Sağlık Algısı, Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol

Fiziksel şiddet ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında, sözel şiddet ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, canlılık, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Duygusal şiddet ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında, cinsel şiddet ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından sadece mental sağlık arasında, ekonomik şiddet ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından, fiziksel rol, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.3.5.Sağlık ocağı bölgelerinin yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Yaşam kalitesinin alt boyutları	3 nolu sağlık ocağı (n=193)	30 nolu sağlık ocağı (n=193)	Önemlilik testi
Fiziksel Fonksiyon	71,1±24,2	73,3±23,7	t=-1,902 p=0,368
Fiziksel Rol	46,2±39,3	61,3±41,2	**t=-3,693 p=0,000**
Ağrı	49,8±23,7	58,8±21,9	**t=-3,873 p=0,000**
Canlılık	47,3±19,8	52,2±19,6	**t=-2,418 p=0,016**
Genel Sağlık Algısı	48,3±18,2	51,4±19,4	t=-1,621 p=0,106
Sosyal Fonksiyon	59,2±23,3	65,6±20,7	**t=-2,418 p=0,005**
Emosyonel Rol	40,5±38,7	62,1±59,2	**t=-4,238 p=0,000**
Mental Sağlık	49,0±17,4	58,3±15,3	**t=-5,589 p=0,000**

Sağlık ocağı bölgelerine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık ile bölgeler arası anlamlı fark olduğu tespit edilirken ($p<0,05$), fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet bütün toplumlarda görülebilen, hiçbir gerekçe ile haklı gösterilemeyecek bir insan hakları sorunudur. Kadın, ailesinde en güvendiği kişi olan eşinden bile şiddet görebilmektedir. Şiddet; toplumsal, sosyal birçok sorunu beraberinde getirmekte, kadının fiziksel ve mental sağlığını etkilemektedir. Şiddetin; kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığına verdiği zararlar düşünülerek, kadına yönelik eş şiddetinin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan kadınların demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların yaş ortalaması 30,7±7,2'dir (çizelge 3.1.1). Kurçer ve arkadaşları (1999) kadınların yaş ortalamasını 31,4±7,3, İrion ve arkadaşları (2000) 31 olarak saptamıştır. Araştırma bulguları literatürdeki bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Kadınların çoğunun (%64,3) okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (çizelge 3.1.1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA 2003) göre Türkiye genelinde kadınların %61'i ilkokul mezunudur. Yanıkkerem'in (2002) çalışmasında kadınların ortalama %50'sinin ilkokul mezunu olduğunu saptamıştır. Yapılan araştırmalar çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde kadınların büyük çoğunluğunun halen ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun ev hanımı olduğu, sadece %11,7'sinin çalıştığı ve %74,4'ünün çekirdek ailede yaşadığı görülmektedir (çizelge 3.1.1). Yanıkkerem'in (2002) yapmış olduğu araştırmada, kadınların %69,2'sinin ev hanımı olduğu, TSNA (2003) verilerine göre çalışan kadın oranı %27 olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusu bu oranların çok altındadır. Bu durumun çalışma yapılan grubun yarısının sosyoekonomik durumu ve eğitim seviyesi düşük bölgeden seçilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Eşlerin %46,9'unun okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (çizelge 3.1.1).

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; ortalama 2,1±1,1 doğum yaptığı, çocuk sayısının 2,0±1,0 olduğu ve çoğunun (%81,3) düşük öyküsü olmadığı

saptanmıştır (çizelge 3.1.1). Bölgedeki doğurganlık hızının Türkiye geneliyle (2,2) benzer olduğu görülmektedir (TNSA 2003).

Kadınların evlilik özellikleri incelendiğinde; evlilik süresinin ortalama 10,3±7,2 yıl olduğu ve %95,9'unun resmi nikahla yaşadığı saptanmıştır (çizelge 3.1.1). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Yanıkkerem (2002) kadınların %85,5'inin resmi nikahlı olduğunu saptanmıştır. Ülkemizde resmi nikah dışı evliliklerin sürdürülmemesi konusunda çok ciddi yasal düzenlemeler yapılmasına rağmen, hala kadınların bir bölümünün dini nikahla hiçbir sosyal güvencesi olmaksızın evliliklerini sürdürdükleri görülmektedir.

Kadınların sosyoekonomik özellikleri incelendiğinde; gelir ortalamasının 1153,3±966,0 olduğu ve çoğunun ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiği, sağlık güvencesinin olduğu ve kendine ait bir evde yaşadığı görülmüştür (çizelge 3.1.2). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Yanıkkerem (2002) kadınların çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğunu, Günay ve arkadaşları (2006) kadınların çoğunun ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiğini saptamıştır.

Kadınların şiddete uğrama özellikleri incelendiğinde; %30,8'inin son bir yıl içinde eşi tarafından şiddete maruz kaldığı ve yaşadığı şiddetin sıklığını %12,2'si haftada, %13'ü ayda ve %5,7'si yılda en az 1–2 kez olarak tanımlanmıştır. Dünya'da ve Türkiye'de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalar şiddet yaşama yüzdelerinde farklılıklar olmakla birlikte çalışma bulgusuyla benzer şekilde kadınların şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Lawson ve ark 1999, Irion ve ark 2000, Ayrancı ve ark 2002, Johnson ve ark 2003, Şahin ve Şahin 2003, Bohn ve ark 2004, Peedicayil ve ark 2004, Deveci ve ark 2005, Giray ve ark 2005, Krıshnan 2005, Leung ve Leung 2005, Valladares ve ark 2005, Hıdıroğlu ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Schei ve ark 2006, Aklimunnessa ve ark 2007). Bu farklılıkların incelenen örneklem grubunun özelliklerinden, tanılama kriterlerinden ve araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu bulgular şiddetin ne kadar yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermesi yönünden önemlidir. Eşine şiddet uygulayan erkeklerin %7,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı görülmüştür (çizelge 3.1.3). "Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet" (1998) konulu araştırmada, çocuklarını hiç dövmediğini söyleyen aileler %45,0 oranındadır.

Ailelerin %40,0'ı ise çocuklarını hafif şiddette dövdüklerini ifade etmektedir (T.C.Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1998).

Şiddet türlerine bakıldığında; kadınların %28'inin sözel, %25,9'unun duygusal, %14'ünün fiziksel, %11,4'ünün ekonomik ve %8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı görülmüştür (çizelge 3.1.3). Weingourt ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada kadınların, %60'ının psikolojik, %32'sinin fiziksel ve %23'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Ayrancı ve arkadaşları (2002) çalışmalarında ruhsal/sözel şiddet oranını %99,1, fiziksel şiddet oranını %36,4, cinsel şiddet oranını ise %5,4 olarak belirtmiştir. Giray ve arkadaşları ise (2005) sözel şiddet oranını %63,1, fiziksel şiddet oranını %20 olarak saptamıştır. Krishnan'nın (2005) çalışmasında, kadınların %29'u kocalarının kendilerine dayak attığını, %12'si de kendileri istemediği halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmiştir. Bu çalışmalarda, çalışma bulgularına benzer şekilde cinsel ve ekonomik şiddetin daha az oranda yaşandığı, sözel ve duygusal şiddetin daha yoğun yaşandığı görülmektedir. Sözel ve duygusal şiddetin daha çok görülmesinin diğer şiddet türlerine göre bu şiddet türlerinin kadın tarafından daha kolay ifade edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların fiziksel şiddet türleri içinde daha çok dayak atmaya (sarsma, hırpalama, tokat atma, yumruk/tekme atma, saçından tutup yerlerde sürükleme) (%13), sözel şiddet türleri içinde daha çok azarlar şekilde ismiyle çağırmaya (%25,1), duygusal şiddet türleri içinde daha çok kendisine karşı soğuk ve katı davranmaya (%15,0), cinsel şiddet türleri içinde daha çok cinsel ilişkiye zorlanmaya (%5,4) ve ekonomik şiddet türleri içinde daha çok çalışmasının engellenmesine (%7,8) maruz kaldığı görülmektedir (çizelge 3.1.4). Güler ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada fiziksel şiddet türleri içinde kadınların daha çok dayak atmaya (%96,3), Aklimunnessa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında en sık tokat atma (%61), itme/sarsma/bir şeyler fırlatma (%40) ve yumruklamaya (%14), Sutherland ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) fiziksel şiddet türleri içinde erkeklerin en sık itme (%96), bir şeyler fırlatma (%61) ve yumruk/tekme atma (%56) gibi davranışlara maruz kaldıkları saptanmıştır. Xu ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kadınların cinsel şiddet türleri içinde daha çok cinsel ilişkiye zorlanmaya (%14) maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışma bulguları genel olarak

değerlendirildiğinde farklı kültürlerde de olsa kadınların benzer alanlarda ve benzer şekilde şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

Şiddet nedenleri değerlendirildiğinde eşin bir anlık öfkesi (%22,5), ailevi sorunlar (%15,8) ve maddi sorunlar (%13,7) sıklıkla şiddet nedenleri olarak görülmektedir (çizelge 3.1.5). Yapılan birçok araştırmada ekonomik yetersizlikler ilk üç sırada yer almaktadır (Ayrancı ve ark 2002, Güler ve ark 2005, Obi ve Ozumba 2007, Karataş ve ark 2008). Yoksulluk ve baskının şiddet davranışının ortaya çıkmasında en önemli faktörlerden biri olduğu, düşük gelir düzeyi ile birlikte yaşanan stres ve kısıtlı kaynakların şiddet riskini arttırdığı belirtilmektedir (Güler ve ark 2005). TNSA 2003'e göre, kadınların kocasına karşılık vermesi (%29,0), parayı lüzumsuz yere harcaması (%27,0), çocuklarının bakımını ihmal etmesi (%23,0) ve yemeği yakması (%6,0) gibi durumunlar şiddet nedeni olarak değerlendirilmekte ve bu durumlarda kadınlar eşlerinin şiddet uygulamasının haklı olabileceğini belirtmektedir. Keenan ve arkadaşları (1998) evlilik rolü beklentileri, akrabalarla çatışma ve bağımlılık yapan madde kullanımının, Valladares ve arkadaşları (2005) kıskançlık, eşe itaatsizlik ve cinsel beraberliği reddetmenin şiddet nedenleri olabileceğini belirtmektedir. Ülkemizde ve farklı kültürlerde yapılan çalışma sonuçları tüm dünyada şiddetin benzer nedenlerden kaynaklandığını göstermektedir.

Kadınların %20,5'i ağlama, darılma, kırılma, konuşmama ve %10,9'u sözle karşılık vererek şiddete tepki göstermektedir (çizelge 3.1.5). Çalışma bulgularına benzer şekilde, Martin ve arkadaşları (1999) şiddet uygulanan kadınların şiddete gösterdikleri tepkinin genelde ağlama ve kocalarına bağırma şeklinde, Karataş ve arkadaşları (2008) kadınların %54,3'ünün şiddet uygulandığı sırada susup ağladığını, %24,5'inin hiçbir şey yapmadığını ve %21,2'sinin kavga ettiğini belirtmiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak Valladares ve arkadaşları (2005) kadınların %47'sinin şiddete şiddetle karşılık verdiğini ve %21'inin evi kısa bir süre için terk ederek şiddete karşı tepkilerini gösterdiğini belirtmiştir. Çalışma bulguları kadınların ağlama ve sözel yanıt gibi daha çaresiz tepkiler verdiklerini ve yardım isteme, ortamı terk etme gibi çözüme yönelik tepkilerinin daha sınırlı olduğunu göstermektedir.

Şiddet görmesine rağmen kadınların %15,8'si eşini sevmesi, %12,7'si çocuğunun babasız kalmaması ve %11,4'ü her şeyin düzeleceğini düşünmesi nedeniyle evliliğini sürdürmektedir (çizelge 3.1.5). Benzer şekilde Kurçer ve

arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu araştırmada şiddet görmesine rağmen kadınların %57,2'sinin çocuğunun babasız kalmaması ve %23,8'inin eşini sevmesi nedeniyle evliliğini sürdürdüğü saptanmıştır. Kadınların öne sürdükleri gerekçelerin şiddete katlanmayı haklı çıkarmak yönünde olduğu görülmektedir.

4.2.Araştırma Bölgelerinin Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Şiddet Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum ve şiddet özellikleri bakımından araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgelerinin birbirinden farklı özellikleri karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgelerinde kadınların yaş ortalaması; 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde 27,8±5,9, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde 33,7±7,1'dir. 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların çoğunun okuryazar-ilkokul mezunu olduğu, bir işte çalışmadığı ve %36'3'ünün geniş ailede yaşadığı saptanırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların %24,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %21,8'inin bir işte çalıştığı ve çoğunun çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Benzer şekilde 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların eşlerinin çoğunun okuryazar-ilkokul mezunu, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların evlilik sürelerinin 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlara göre daha uzun olduğu görülmüştür. Kadınların %6,2'si 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde, %2,1'i 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde dini nikahla yaşamaktadır (çizelge 3.2.1).

İki bölge demografik ve doğurganlık özellikleri bakımından karşılaştırıldığında; yaş, evlilik süresi, kadının öğrenim durumu ve mesleği, eşinin öğrenim durumu, aile tipi, nikah türü ve düşük öyküsü ile bölgeler arasında anlamlı fark olduğu saptanırken ($p<0,05$), doğum ve çocuk sayısının iki bölge açısından benzer olduğu ve istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sosyoekonomik özellikler bakımından araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgelerinde birbirinden farklı özellikler bulunmaktadır. Araştırmada sosyoekonomik özellikler olarak; aylık gelir ortalaması, kadının gelir durumunu algılaması, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti incelenmiştir.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %39,4'ünün gelir durumunu kötü olarak algıladığı, % 25,9'unun sağlık güvencesinin olmadığı ve % 63,7'sinin kiracı olduğu saptanırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların % 62,2'sinin gelir durumunu orta olarak algıladığı, % 96,9'unun sağlık güvencesinin olduğu ve %65,3'ünün ev sahibi olduğu görülmüştür (çizelge 3.2.2). Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan bölge karşılaştırmasında doğurganlık ve sosyoekonomik göstergeler bakımından iki bölgenin birbirinden farklı özellikler gösterdiği saptanmıştır. Koçoğlu'nun (2006) aynı bölgede sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirdiği çalışmasında araştırma bulgularını destekler şekilde bu iki bölgede sosyoekonomik durumun birbirinden tamamen farklı özellikler gösterdiği saptanmıştır. Bu araştırma bölgelerinin şiddetin sosyoekonomik durumla ilişkisini ortaya koymak açısından uygun olduğu görülmektedir.

Şiddet özellikleri bakımından araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgelerinde şiddet görme durumu, şiddet sıklığı, eşin çocuğa şiddet uygulaması, uygulanan şiddet türleri sorgulanmış, sağlık ocağı bölgelerinde birbirinden farklı özellikler olduğu ve farklılığın anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmüştür.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %40,9'unun eşinden şiddet gördüğü ve %44,3'ünün yaşadığı şiddetin sıklığını haftada ve ya ayda en az 1–2 kez olarak tanımladığı, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların ise %20,7'sinin eşinden şiddet gördüğü ve %37,5'inin yaşadığı şiddetin sıklığını ayda en az 1–2 kez olarak tanımladığı görülmüştür (çizelge 3.2.3). 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların şiddet oranının daha yüksek olmasının bu bölgede yaşayan kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin düşüklüğü, sosyoekonomik statülerinin kötü olması ile ilişkili olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, Titteringon (2006) çalışmasında, yüksek oranda şiddet gören kadınların statü, güç ve maddi kaynaklar bakımından yetersiz olan kadınlar olduğunu belirtmektedir. Şiddet görme oranı ve sıklığına paralel olarak 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki eşlerin %9,8'i çocuğuna şiddet uygularken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde bu oran %4,7 olarak saptanmıştır.

3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %21,2'si fiziksel, %38,3'ü sözel, %34,2'si duygusal, %10,4'ü cinsel ve %15,0'ı ekonomik şiddete maruz kalmaktadır.

30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların ise %6,7'si fiziksel, %17,6'sı sözel, %17,6'sı duygusal, %5,7'si cinsel ve %7,8'i ekonomik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (çizelge 3.2.4). 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki fiziksel ve sözel şiddet oranının, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindekinden yaklaşık 3 kat, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet oranının ise yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada sosyoekonomik ve demografik özellikleri tamamen birbirinden farklı iki bölge arasında şiddete uğrama oranları ve şiddet türleri bakımından önemli farklılık olduğu saptanmıştır.. Demografik, doğurganlık, sosyoekonomik durum, evlilik ve şiddet özellikleri bakımından iki bölge arasında yapılmış olan karşılaştırma şiddetin eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük olan 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yoğun şekilde yaşandığını göstermiştir.

4.3. Demografik, Doğurganlık, Sosyoekonomik Durum ve Yaşanılan Bölge Özelliklerinin Şiddet Görme ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Yaş ve evlilik süresi ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların yaş ortalaması 29,7±7,1 iken, şiddet görmeyen kadınların yaş ortalamasının 31,2±7,1 olduğu, şiddet görmeyen kadınların evlilik sürelerinin şiddet görenlere göre daha uzun olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.1). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda şiddete uğrama ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Faramarzi ve ark 2005, Leung Leung ark 2005, Karaçam ve ark 2006). Bazı araştırmalarda ise (Kershner 1998, Rodriguez ve ark 2001, Naved ve Persson 2005) kadının yaşı ilerledikçe daha az şiddete uğradığı bildirilmektedir. Anlamlı fark olmamakla birlikte kadının yaş ve evlilik ortalamasının daha yüksek olduğu 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların 3 nolu sağlık ocağı bölgesine göre daha az şiddete uğradıkları görülmüştür. Bu sonuç kadının yaşı ilerledikçe ve evlilik süresi arttıkça daha az şiddete maruz kaldığını düşündürmektedir. Bunun nedeninin eşlerin birlikte yaşama, ortak yaşamı sürdürme ve aile içi çatışmalarla baş etme konusunda deneyim kazanmaları ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Kadının öğrenim durumu ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; okuryazar/ilkokul mezunu (%33,1) olan kadınların çoğu şiddete maruz kalırken, üniversite mezunu (%83,7) olan kadınların çoğu şiddete maruz kalmamıştır. Bazı

araştırmalarda, çalışma bulgularını destekler nitelikte lise ve üniversite eğitimi alan kadınların daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınlara kıyasla daha az şiddete uğradığı belirtilmektedir (Jewkes ve ark 2002, Bohn ve ark 2004, Faramarzi ve ark 2005, Frias ve Angel 2005, Burazeri 2006, Turhan ve ark 2006, Boztaş ve ark 2008, Sevencan ve ark 2008). Kadınlar eğitim seviyeleri yükseldikçe haklarının farkına varmakta, haklarını korumakta ve çalışarak erkeğe bağımlı bir konumdan uzaklaşabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise kadının şiddet görmesi ile eğitim durumu arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Kershner ve ark 1998, Karataş ve ark 2005, Karaçam ve ark 2008). Her iki araştırma bölgesinde de kadınlar şiddete uğramaktadır, ancak kadının eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde bu oran 3 nolu sağlık ocağı bölgesine göre daha düşüktür. Bu bulgular kadının eğitim seviyesi yükseldikçe daha az şiddete maruz kaldığını düşündürmektedir.

Kadının mesleği ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların %22,2'si bir işte çalışırken, şiddet görmeyen kadınların %77,8'inin bir işte çalıştığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.1). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda şiddete uğrama ile kadının çalışması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Kershner ve ark 1998, Hindin ve Adair 2002, Karaçam ve ark 2006). Bazı araştırmalarda ise çalışma bulgusunun tersine kadının çalışmasıyla eşinden gördüğü şiddetin azaldığı saptanmıştır (Fox ve ark 2002, Frias ve Angel 2005, Tolman ve Wang 2005, Turhan ve ark 2006, Vıllarreal 2007, Boztaş ve ark 2008). Kadının bir işte çalışıyor olması, ekonomik açıdan bağımsız olmasına ve başka şartlarda dayanmak zorunda kalacağı şiddet içeren ilişkiyi istediği zaman bırakmasına imkan sağlamaktadır (Tolman ve Wang 2005). Literatürde bu konuda farklı görüşler de bulunmaktadır. Krishnan (2005) çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre iki kat daha fazla şiddet gördüğünü, Cunradi ve arkadaşları (2000) ile Naved ve Persson (2005) kadının gelir sahibi olmasının şiddet riskini arttırdığını belirtmiştir. Anlamlı fark olmamakla birlikte kadının çalışma oranının daha yüksek olduğu 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların 3 nolu sağlık ocağı bölgesine göre daha az şiddete uğradıkları görülmüştür. Bu sonuç kadının ekonomik özgürlüğünün olmasının aile içinde karar verme gücünü, doğurganlığını planlama ve kendine güvenini arttıran bir faktör

olduğunu ve şiddet görse bile belli bir zaman içerisinde şiddet ortamından çalışmayan kadına göre daha kolay uzaklaşabileceğini düşündürmüştür.

Eşin öğrenim durumu ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; okuryazar/ilkokul mezunu (%32,6) erkeklerin çoğu eşine şiddet uygularken, üniversite mezunu (%78,6) erkeklerin çoğu eşine şiddet uygulamamıştır (çizelge 3.3.1). Bir çok çalışmada (Martin ve ark 1999, Bohn ve ark 2004, Erberk ve ark 2004, Peedicayil ve ark 2004, Deveci ve ark 2005, Naved ve Persson 2005, Karaoğlu ve ark 2006, Turhan ve ark 2006) araştırma bulgularını destekler nitelikte düşük eğitim seviyesindeki erkeklerin daha çok şiddete başvurduklarını göstermektedir. Farmer ve Tiefenthater (1997) ile Burazeri ve arkadaşları (2006) kadının kocasından daha yüksek eğitim seviyesi ve gelire sahip olmasının şiddet için bir risk oluşturduğunu belirtirken, Xu ve arkadaşları (2005) araştırmasında kadının kocasından daha yüksek eğitim seviyesi ve gelire sahip olmasının şiddet için bir risk oluşturmadığını belirtmiştir. Bazı araştırmalarda da (Karaçam ve ark 2006, Karataş ve ark 2008) kadının şiddet görmesi ile eşin eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Eşin eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınlar daha az şiddete maruz kalmaktadır. Bu sonuç eşin eğitim seviyesi yükseldikçe eşine daha az şiddet uyguladığını düşündürmektedir.

Aile tipi ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların %32,3'ünün, şiddet görmeyen kadınların %67,7'sinin geniş ailede yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.1). Martin ve arkadaşları (1999) kadının geniş ailede daha fazla şiddete uğradığını belirtirken, bazı araştırmalar kadının çekirdek ailede yaşamasına rağmen şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Ayrancı ve ark 2002, Yanıkkerem 2002, Krıshnan 2005). Anlamlı fark olmamakla birlikte kadınların %36,3'ünün geniş ailede yaşadığı 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların daha fazla şiddete uğradığı saptanmıştır. Geniş ailede yaşayan kadınların eşleri ile yaşadıkları sorunlara diğer bireylerin müdahale etmesi ya da bazen şiddetin nedeni olması çözümü güçleştirmektedir. Yapılan çalışma da şiddet nedenleri arasında ailevi sorunların (%15,8) ikinci sırada yer alması bu görüşü desteklemektedir.

Nikah türü ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; dini nikahlı (%62,5) kadınların çoğu şiddete maruz kalırken, resmi nikahlı (%70,5) kadınların

çoğu şiddete maruz kalmamıştır (çizelge 3.3.1). Çalışma sonuçları şiddetin daha fazla yaşandığı 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların evlilik sürelerinin daha kısa olduğu, geniş ailede yaşadıkları ve çoğunun dini nikahla evliliklerini sürdürdüklerini göstermektedir. Bu bulgular, 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların erken yaşta evlenmelerinin ve resmi nikahsız yaşamalarının şiddet görme riskini arttırdığı düşündürmektedir.

Doğurganlık özellikleri ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların doğum ve çocuk sayısı ortalamasının 2,1±1,1, şiddet görmeyen kadınların doğum sayısı ortalamasının 2,0±1,0 ve çocuk sayısı ortalamasının 2,0±0,9 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aynı şekilde şiddet gören kadınların %27,8'inin düşük öyküsü olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.1). Bu bulgu, gebelikte şiddeti akla getiren bir bulgudur. Kadınlar yaşamanın en hassas ve özel bir dönemi olan gebelik döneminde de şiddete uğrayabilmektedir. Ancak araştırmada kadınların gebelikte şiddete uğrayıp uğramadığı incelenmemiştir.

Aylık gelir ortalaması ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların aylık gelir ortalamasının şiddet görmeyen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (çizelge 3.3.2). Bir çok çalışmada (Lloyd 1997, Cunradi ve ark 2000, Riggs ve ark 2000, Rodriguez ve ark 2001, Fox ve ark 2002, Erberk ve ark 2004, Cubbins ve Vannoy 2005, Deveci ve ark 2005, Faramarzi ve ark 2005, Krıshnan 2005, , Xu ve ark 2005, Basuk ve ark 2006, Günay ve ark 2006, Karaoğlu ve ark 2006, Leung ve Leung 2006, Perez 2006) araştırma bulgularını destekler nitelikte düşük sosyoekonomik seviyedeki ailelerde daha çok şiddet yaşandığı belirtilmektedir. Çalışma bulgularından farklı olarak bazı çalışmalar (Kershner ve ark 1998, Basu ve Famoye 2004, Karataş ve ark 2008) gelir durumunun şiddetle bir ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Aylık gelir ortalamasının daha yüksek olduğu 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde kadınların daha az şiddete maruz kalması, ailenin aylık geliri arttıkça, kadına uygulanan şiddetin azaldığını düşündürmektedir.

Sağlık ocağı bölgeleri ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde oturan kadınların çoğunun (%40,9) şiddete maruz kaldığı saptanırken, 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde oturan kadınların çoğunun (%79,3) şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.2). Bunun nedeninin

bölgeler arasındaki demografik, doğurganlık ve sosyoekonomik durum farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Araştırma bulguları sosyoekonomik durumu düşük olan bölgede yaşayan kadınların daha eğitimsiz, daha genç, dini nikahla yaşayan, hiçbir sosyal güvencesi ve geliri olmayan kadınlar olduğunu göstermekte ve bölge temelli yapılan bu çalışmanın şiddetin sosyoekonomik durumla ilişkisini göstermesi açısından önemlidir.

Kadının gelir algısı ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet gören kadınların %25,8'i aylık gelir ortalamasını iyi olarak tanımlarken, şiddet görmeyen kadınların %74,2'si iyi olarak tanımlamış ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (çizelge 3.3.2). Sevencan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada fiziksel şiddete maruz kalma yüzdesinin ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Sağlık güvencesi ile şiddet görme arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık güvencesi olmayanların %42,9'unun ve kiracıların %62,2'sinin çoğunun şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (çizelge 3.3.2). Muslu ve Erdem'in (2002) yaptığı çalışmada çalışma bulgusundan farklı olarak şiddet gören kadınların çoğunun sağlık güvencesinin olduğu ve görmeyen grupla arasındaki farkın anlamlı bulunduğu saptanmıştır. Karaçam ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada sağlık güvencesinin varlığı ile kadının şiddet görmesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Şiddet özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi incelendiğinde; eşinden şiddet görme ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık ile arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Şiddet gören kadınların yaşam kalitesi puanlarının tüm alt boyutlarında, görmeyenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir (çizelge 3.3.3). Altıparmak ve Eser'in (2007) yaptığı çalışmada kocasından şiddet görmeyen kadınların, gören kadınlara göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Leung ve Leung (2005) ile Alsaker ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da kocasından şiddet gören kadınların yaşam kalitesi puanları oldukça düşük bulunmuştur. Kadına uygulanan şiddet kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicisi (DSÖ 2002) olduğuna göre, şiddet gören kadınların yaşam kalitesinin etkilenmesinin kaçınılmaz bir sonuç olduğu söylenebilir.

Şiddetin sıklığı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, haftada 1–2 kez şiddet gördüğünü söyleyen kadınların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı şekilde eşinin çocuğa şiddet uyguladığını söyleyen kadınlarda da yaşam kalitesi puanları, şiddet uygulamayan gruplara göre düşük saptanmıştır (çizelge 3.3.3). Çalışma bulgularıyla benzer şekilde yapılan çalışmalarda (Ayrancı ve ark 2002, Jewkes ve ark 2002) eşine şiddet uygulayan erkeklerin çocuklarına da şiddet uyguladığı görülmüştür. Çocukluğunda ailesinde şiddete tanık olmuş ya da şiddete maruz kalmış erkeklerin şiddeti öğrendiği, ileride eşine ve çocuğuna şiddet uygulayarak şiddeti kuşaklararası taşıdığı görüşüne varılmıştır.

Şiddet türlerinden fiziksel şiddetin yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında, sözel şiddetin yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, canlılık, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (çizelge 3.3.4). Duygusal şiddetin yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında, cinsel şiddetin sadece mental sağlık arasında, ekonomik şiddetin yaşam kalitesinin alt boyutlarından; fiziksel rol, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık ile arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (çizelge 3.3.4).

Çalışma bulguları; şiddet tiplerinden herhangi birine uğrayan kadının yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Şiddete uğrayan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, uğramayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Özellikle şiddet görme ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından mental sağlık arasında tüm alt boyutlarda fark saptanmıştır. Lawson ve arkadaşları (1999) sık sık fiziksel şiddete uğrayan kadınların depresyon tedavisi görme olasılığının daha yüksek olduğunu, yine benzer olarak Lloyd (1997) ile Weingourt ve arkadaşları (2001) şiddet gören kadınlarda depresyon ve anksiyete riskinin arttığını ve Sutherland ve arkadaşları (2002) kadınların %30'unun ciddi depresyon yaşadığını belirtmektedir. Schei ve arkadaşların (2006) şiddet gören kadınların mental sağlıklarının olumsuz etkilendiğini, kadınların %26'sının psikiyatrik tedavi görürken, %5'inin hastaneye yatırıldığını saptamıştır. Eby (2004) ise şiddet gören kadınların daha stresli bir yaşam sürdürdüklerini belirtmektedir. Yapılan çalışmada şiddet tipleri

ile yaşam kalitesinin birçok alt boyutu arasında fark olmakla birlikte, mental sağlık boyutunun tüm şiddet tiplerinden etkilendiği görülmektedir. Çalışma bulguları şiddete uğrayan kadınlarda mental sağlığın ciddi bir şekilde etkilenme riskinin olduğunu göstermektedir.

Sağlık ocağı bölgelerine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında; fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık ile bölgeler arasında anlamlı fark olduğu tespit edilirken ($p<0,05$) fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı ile bölgeler arasında fark ($p>0,05$) bulunmamıştır (çizelge 3.3.5). 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, 3 nolu sağlık ocağı bölgesine göre daha yüksek olduğu görülmüştür (çizelge 3.3.5).

Yapılan çalışma sonucunda 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların eğitim seviyelerinin daha düşük, sosyoekonomik durumlarının daha kötü ve daha fazla şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Aynı şekilde yaşam kalitelerinin 30 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlara göre daha kötü olduğu ve şiddet gören kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının görmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Çalışmadaki kadınların yaş ortalamasının 30,7±7,2, evlilik süresi ortalamasının 10,3±7,2 yıl, çoğunluğunun okuryazar-ilkokul (%64,3) mezunu, %88,3'ünün ev hanımı, %74,4'ünün çekirdek ailede yaşadığı ve %4,1'inin dini nikahlı evliliğini sürdürdüğü saptanmıştır.

- Sosyoekonomik değişkenlere bakıldığında; kadınların aylık gelir ortalamasının 1153,3± 966,0 olduğu, %51,3'ünün ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiği, %85,5'inin sağlık güvencesinin olduğu ve %50,8'inin de kendine ait bir evde yaşadığı saptanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan kadınların % 30,8'inin eşi tarafından şiddete uğradığı, kadınların %14'ünün fiziksel, %28'inin sözel, %25,9'unun duygusal, %8'inin cinsel ve %11,4'ünün ekonomik şiddete uğradığı saptanmıştır.

- Araştırmanın yürütüldüğü bölgelerden biri olan 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde; kadınların yaş ortalamasının 27,8±5,9 olduğu, çoğunun okuryazar-ilköğretim mezunu olduğu, bir işte çalışmadığı, %36,3'ünün geniş ailede yaşadığı, %25,9'unun sosyal güvencesinin olmadığı, çoğunun kiracı olduğu, evlilik sürelerinin daha kısa olduğu ve %6,2'sinin dini nikahla evliliklerini sürdürdükleri belirlenmiştir.

- Araştırmanın yürütüldüğü bölgelerden bir diğeri olan 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki grubun yaş ortalamasının 33,7±7,1 olduğu, %24,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %21,8'inin bir işte çalıştığı, çoğunun çekirdek ailede yaşadığı, sosyal güvencesi olduğu, kendine ait bir evde yaşadığı, çoğunlukla resmi nikahla evliliklerini sürdüren kadınlardan oluştuğu saptanmıştır.

- 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların %40,9'unun, 30 nolu sağlık ocağı bölgesindeki kadınların ise % 20,7'sinin eşinden şiddet gördüğü saptanmıştır.

- Şiddet görme ile kadının ve eşinin öğrenim durumu, nikah türü**,** aylık gelir, yaşanılan sağlık ocağı bölgesi, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

- Yaşam kalitesi alt boyutlarından mental sağlığın şiddet görme ve şiddet türlerinin tamamıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

- Sağlık ocağı bölgelerinin yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık boyutunda iki bölge arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanarak;

- Kadına yönelik şiddetin ciddi bir sağlık sorunu olarak ele alınmasını,

- Kadınların şiddetin tanımı ve şiddet içeren durumlar konusunda eğitim yolu ile bilinçlendirilmesini ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesini,

- Şiddete maruz kalan kadınların güven içinde kalabileceği kurumların açılmasını,

- Kadına yönelik şiddet konusunda her türlü yayın organı kullanılarak halkın bilinçlendirilmesini,

- Sağlık personelinin; şiddet olgularını tanıyabilecek, başvuran kişide şiddetin varlığını ortaya çıkarabilecek beceriyi kazandırmak için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesini,

- Kadına yönelik şiddet ile ilgili ulusal düzeyde devlet politikalarının geliştirilmesini,

- Her düzeyde karar verme konumundaki kadınların sayısını arttırmayı amaçlayan "cinsiyetlerarası eşitlik politikası" benimsenmesini,

- Sorunun bireysel, ailesel, toplumsal düzeylerde çözümüne ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik organizasyonların sayısı ve

işlevselliğinin arttırılmasını, bu organizasyonların kadına yönelik şiddet sorununun çözümünde multi-disipliner bir yaklaşımla düzenlenmesini,

- Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde hemşirelik girişimlerinin belirlenebilmesi amacıyla araştırmaların yapılmasını önerebiliriz.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

"Hamide DİNDAŞ"

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2008

Şiddet, insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada giderek artan önemli bir sorundur. Toplumları incelendiğinde, tarih boyunca şiddete en çok maruz kalanların kadınlar olduğu ve şiddetin ilk olarak aile kurumunda ortaya çıktığı görülmektedir (Yanıkkerem 2002, Arabacı ve Karadağlı 2006, Savaş 2006). Kadına yönelik şiddet; fiziksel, cinsel ya da sözel şiddet şeklinde olabilir (Özaydın ve ark 1998, Weingourt ve ark 2001, Deveci ve ark 2005, Alsaker ve ark 2006, Humphreys 2007). Şiddet çok sayıda önemli sosyal sorunlara neden olmakta, kadının fiziksel ve mental sağlığını etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı, Konya kent merkezinde farklı sosyoekonomik durumlardaki 15–49 yaş evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını, sosyoekonomik durumun şiddete maruz kalma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini saptamaktır.

Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi ile 3 nolu ve 30 nolu sağlık ocaklarından 193'er olmak üzere toplam 386 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 22 soruluk anket formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için "Kısa Form 36 (SF 36)" ile toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Meram ilçesi 30 Nolu Sağlık Ocağı ve Konya Karatay ilçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı'nda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Student t testi, Kikare, One-way Anova önemlilik testleri kullanılmıştır.

Çalışma yapılan bölgede kadınların %30,8'inin şiddete maruz kaldığı, şiddete uğrayan kadınların %28'inin sözel, %25,9'unun duygusal, %14'ünün fiziksel, %11,4'ünün ekonomik ve %8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Demografik, sosyoekonomik, şiddet görme ve şiddet tipleri bakımından iki bölge arasında yapılmış olan karşılaştırma sonucunda iki bölgenin birbirinden farklı özellikler taşıdığı saptanmıştır. Şiddet görme ile kadının ve erkeğin öğrenim durumu, nikah türü, aylık gelir, sağlık ocağı bölgesi, sağlık güvencesi ve konut mülkiyeti arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddet tiplerinden herhangi birine uğrayan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmada şiddet türleri ile yaşam kalitesinin birçok alt boyutu arasında fark olmakla birlikte, mental sağlık boyutunun tüm şiddet türlerinden etkilendiği görülmüştür. Çalışma sonucunda şiddetin eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplarda yoğun şekilde yaşandığı sonucuna varılmıştır.

Kadına yönelik şiddetin ciddi bir sağlık sorunu olarak ele alınması, kadınların şiddetin tanımı ve şiddet içeren durumlar konusunda eğitim yolu ile bilinçlendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi, şiddete maruz kalan kadınların barınabileceği kurumların açılması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: şiddet; sosyoekonomik durum; yaşam kalitesi

7. SUMMARY

T. R.

SELCUK UNIVERSITY

THE INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Domestic Violence Against Women and its Association with Their Socio-economic Status and Quality of Life

"Hamide DİNDAŞ"

The Department of Nursing

MASTER THESIS /KONYA–2008

Violence is an increasingly important problem that can be seen in every part of life in allover the world. When we examined the societies, it is seen that the women are exposed to violence mostly throughout the history and the family is the first place for violence to exist (Yanıkkerem 2002, Arabacı and Karadağlı 2006, Savaş 2006). Violence against women can be physical, sexual or verbal (Özaydın 1998, Weingourt et al 2001, Deveci at al., 2005, Alsaker at al 2006, Humphreys 2007). Violence causes many important social problems and it affects women's mental and physical health.

The aim of this study was to find out whether there is an association between violence against women who were between 15 and 49 years old and living in Konya city center by their husbands and their social status and life quality.

Three hundred eighty six women were included from two different primary health care centers, number 3 and 30, 193 from each one by means of non-randomly sampling method. The data were collected by the researcher with face-to-face interview using questionnaire that has 22 questions and "Short Form 36 (SF 36)" tests to analyze data in two primary health care centers. Percentage and Mean, Student t test, Chi-square, One Way Anova and paired sample t test.

It was established that %30,8 of the women were exposed to violence, and %28 of them were verbally abused, %25,9 of them emotionally abused, %14 of them physically abused, %11,4 of them economically abused and %8 of them were sexually abused. As a result of socio economic and demographic comparison between two areas in terms of violence exposure and the types of violence, it was found that two areas had different characteristics. A significant difference was seen between violence and the educational status of women and men, the type of wedding, monthly income, the location of the clinic, health insurance and condominium ownership ($p<0,05$) . It was found that women that were exposed to any kind of violence were affected in negative way in terms of their life quality. Although there was a significant difference between the types of violence and the dimensions of life quality, it was found that mental health was affected from every type of violence and these women's mental were affected seriously.

It was suggested that violence to women should be considered as an important health problem, that women should be trained about the definition of violence and situations involving violence and that they should be given consulting services and that women shelters for women to be cared and fort them to stay.

Key Words: violence; socio-economic status; quality of life

8. KAYNAKLAR

Aklimunnessa K, Khan MMH, Kabir M, Mori M. Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Banglades: evidence from a national survey. Jmhg. 2007;4:52–63.

Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health- related quality of life among abused women. Quality of Life Research. 2006;15:959- 965.

Altan Ş, Şirin A. Şiddete maruz kalan gebe kadınların evde izlemi. Aile ve Toplum. 2005;2:69–75.

Altıparmak S, Eser E. 15–49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. Aile ve Toplum. 2007;29–33.

Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek geliştirme. Sağlık ve Toplum. 2006;2:101–112.

Arpacı F, Ersoy AF. Kadının çalışmasının ailesinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Aile ve Toplum. 2007;3:41–49.

Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü*:* Kısa Form–36. 3-P Dergisi. 1999;7:14–22.

Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi şiddet. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3:75–87.

Bassuk E, Dawson R, Hungtington N. İntimate partner violence in extremely poor women: longitudinal patterns and risk markers. J. Fam. Viol. 2006; 21:387–399.

Basu B, Famoye F. Domestic violence aganist women, and their economic dependence:a count data analysis. Review of Political Economy. 2004;4:457-472.

Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri, Romatizma, 2005; 20:55–63.

Bayık A, Hemşirelik Araştırmalarında Etik. In: Erefe İ, editors. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. 3. baskı. Ankara: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE); 2004. 27–48.

Baysan L. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek geliştirme. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2003.

Biriken H, Kadına yönelik şiddet neden bir sağlık sorunudur? 1. Kadın Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 109- 111, 20–22 Mart 2008, Ankara.

Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. Jognn Clınıcal Research. 2004; 33:561–571.

Boztaş G, Özvarış Ş, Atilla S, Altunoğlu A, Aybar A, Aykan M, Çabuk H. Keçiören Şenlik Sağlık Ocağı'na başvuran okuryazar evli kadınlara yönelik eş şiddeti araştırması. 1. Kadın Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 181, 20–22 Mart 2008, Ankara.

Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N. İntimate partner violence in the Balkans: the example of Albania. J.Public Health. 2006;14:233–236.

Bülbül NY. Ankara barosu kadın dayanışma merkezi ve şiddet mağduru kadınların başvuruları. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı, 109–118, 16–17 Kasım 2002, Ankara.

Cubbins LA, Vannoy D. Sosyoeconomic resources, gender traditionalism and wife abuse in Urban Russian couples. Journal of Marriage and Family. 2005;67:37–52.

Cunradı CB, Caetano R, Clark C, Schafer J. Neigborhood poverty as a predictor of intimate partner violence among white, black and hispanic couples in the United States. AEP, 2000;10:297–308.

Declaration on the Elimination of Violence against Women, 1993. http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htmA/RES/48/104/85thplenarymeeting, 20 December 1993, Erişim tarihi: 08.05.2007.

Deveci SE, Açık Y, Gülbayrak C, Tokdemir M. Elazığ il merkezinde 15–49 yaş evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumları. Toplum ve Hekim. 2005;20:229–234.

Eby KK. Exploring the stressors of low-income women with abusive partners: understanding their needs and developing effective community responses. Journal of Family Violence. 2004;19:221–231.

Erberk E, Eradamlar N, Beştepe E, Akar H, Alpkan L. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2004; 17:196–204.

Eryılmaz G**.** Aile içi şiddet, kadın sağlığı ve hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5:19–24.

Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim. 2006;1:1–5.

Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. Obstetrics and Gynecology. 2005;122:225–231.

Farmer A, Tiefenthaler J. An economic analysis of domestic violence. Review of Social Economy. 1997;3:337–358.

Firias SM, Angel RJ. The risk of partner violence among low-income hispanic subgroups. Journal of Marriage and Family. 2005;67:552–564.

Fox LG, Benson ML, Demarıs AA, Wyk VJ. Economic distress and intimate violence: testing family stres and resources theories. Journal of Marriage and Family. 2002;64:793–807.

Giray H, Keskinoğlu P, Sönmez Y, Meseri R, Karakuş NE, Yücetin Y, Günay T. Gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenler. Sted. 2005;14:217–220.

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

Gunter J. Intimate partner violence. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2007;34:367–388.

Güler N, Tel H, Tuncay F. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı**.** C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27:51–56.

Günay T, Giray H, Harç B, Köksal B, Sarı S. İzmir'de bir gecekondu bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. Sağlık ve Toplum. 2006;3:31–37.

Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karakuş M. Kadın ve çocuklara karşı fiziksel şiddeti etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yeni Symposium. 2006; 44:196 –202.

Hindin MJ, Adair LS. Who at risk? Factor associated with intimate partner violence in the Philippines. Social Science&Medicine. 2002;55:1385–1399.

Humphreys C.A Health inequalities perspective on violence aganist women. Health and Social Care in the Community. 2007;15:120–127.

Irion O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emotional, physical and sexual violance aganist women before or during pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000;107:1306–1308.

Işıloğlu B. Anksiyete ve depresyon tanısı ile izlenen evli kadınlarda aile içi şiddetin sosyodemografik faktörler, çift uyumu ve hastalıkla ilişkisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

İşleğen Y. Kadına yönelik şiddete jinekolojik yaklaşım. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyum Kitabı, 71–84, 16–17 Kasım 2002, Ankara.

Jewkes R, Levin J, Kekana L. Risk factor for domestic violence: from a south African cross-sectional study. 2002;55:1603–1617.

Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalance of domestic violence in pregnant women. International Journal of Obstetrics and Gynacology. 2003;110:272–275.

Karaçam Z, Çalışır H, Dündar E, Altundaş F, Avcı HC. Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;22:71–88.

Karaoğlu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Güneş Gülşen, Genç MF, Eğri M. Physical, emotional and sexual violance during pregnancy in Malatya, Turkey. European Journal of Public Health, 2006; 16:149–156.

Karataş B, Derebent E, Yüzer S, Yiğit R, Özcan A. Kırsal kesim kökenli kadınların aile içi şiddete ilişkin görüşleri. http://cws.emu.edu.tr/en/conferences/2nd_int/pdf Erişim tarihi:03.08.2008.

Keenan CK, El-Hadad A, Balian SA. Factors associated with domestic violence in low-income lebanese families. Journal of Nursing Scholarship, 1998;30:357-362.

Kemerli N. Aile içinde kadına yönelik şiddet. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyum Kitabı, 41–58, 16–17 Kasım 2002, Ankara.

Kershner M, Long D, Anderson JE. Abuse aganist women in rural Minnesota. Public Health Nursing. 1998;15:422–431.

Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2006.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 1999.

Krıshnan S. Gender, caste and economic inequalities and marital violence in Rural South India. Health Care for Women International, 2005;26:87-99.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on the violence and health. The Lancet. 2002;360:1083–1088.

Kurçer AA, Güneş G, Genç M. Malatya'da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ayrı bölgede evli kadınlara yönelik aile içi şiddet ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum. 1999;3:34–37.

Lawson EJ, Rose LF, Rajaram S. The psychosocıal context of black women's health. Health Care for Women International. 1999;20:279–289.

Leung TW, Leung WC. Quality of life of victims of intimate partner violence. İnternational Journal of Gynecology and Obstetrics. 2005;90:258–262.

Lloyd S. The effect of domestic violence on women's employment. Law& Policy. 1997;2:139–167.

Lwange SK, Lemeshow S. Sample Size Determination in Health Studies, WHO Geneva, 1991.

Martin SL, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R. Domestic violence in Northern India. American Journal of Epidemiology. 1999;150:417–426.

Muslu L, Erdem M. Eşi tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2002; 4:31- 38.

Naved TS, Persson LA. Factor associated with sposual physical violence aganist women in Bangladesh. Studies in Family Plannig. 2005,36:289–300.

Obı SN, Ozumba BC. Factor associated with domestic violence in south-east Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynacology. 2007;27:75–78.

Özaydın N, Üner O, Akın A. Kadın ve şiddet. Sağlık ve Toplum. 1998;8:73–78.

Özkan A, Demir Ü. Kadın istismarı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;5:87–92.

Özmen S. Aile iç öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2004;37:27–39.

Öztürk H, Sevil Ü. Gebelikte şiddet. Sağlık ve Toplum. 2005;1:25–31.

Özyılgan Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8–10 Nisan 2004, İzmir. http//www.sabem.sağlık.gov.tr, Erişim tarihi:17.03.2007.

Peedicayil A, Sadowski L, Jayeseelen l, Shankar V, Jain D, Suresh SI, Bangdiwala S. Spousal physical violence aganist women during pregnancy. International Journal of Obstetrics and Gynacology. 2004;111:682–687.

Perez IR, Castano JP, Kındelan MA, Pınto MP, Barrera MA, Pla AB, Hernando MLS, Torrubıano AH, Ruiz LMG. Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. AEP. 2006;8:357–363.

Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. Journal Of Clinical Psychology. 2000;56:1289–1316.

Robinson GE. Violence aganist women in North America. Archives of Women's Mental Health. 2003;6:185–191.

Rodriguez E, Lasch KE, Chandra P, Lee J. Family violence, employment status, welfare benefits and alcohol drinking in the United States: what is the relation? J. Epidemiol Comminity Health. 2001;55:172–178.

Savaş O. Gelir dağılımı ve şiddet ilişkisinin sosyo-ekonomik politikalar açısından incelenmesi. Çanakkale, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.

Sattggs SL, Riger S. Effect of intimate partner violence on low-income women's health and employment. Amerikan Journal of Community Psychology. 2005;36:133–145.

Schei B, Guthrie JR, Dennerstein L, Alford S. Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. Archives of Women's Mental Health. 2006;9:317–324.

Sevencan F, Erbaydar N, Akın A. Ankara'da bir sağlık ocağına başvuran 15–49 yaş arası evli kişilerin eşler arası şiddet hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi. 1. Kadın Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 162,20–22 Mart 2008, Ankara.

Sutherland CA, Bybee DI, Sullivan CM. Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injures on battered women's health. Amerikan Journal of Community Psychology. 2002;30:609–636.

Şahin HA, Şahin GA. An unadderssed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey, European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2003; 2:93–98.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, 1998; 1–26.

Tel H. Gizli sağlık sorunu ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002;6:1–9.

Terry G. Poverty reduction and aganist women: exploring lings, assessing impact. Development in Practice, 2004;14:469–480.

Titterington VB. A retrospective investıgatıon of gender inequality and female homıcıde vivtımızatıon. Sociologial Spectrum, 2006;26:205–236.

Tolman RM, Wang HC. Domestic violence and women's employment: fixed effect models of three waves of women's employment study data. Amerikan Journal of Community Psychology. 2005;36:147–158.

Turhan E, Güraksın A, İnandı T. Erzurum'da kadına yönelik aile içi şiddet. Sağlık ve Toplum. 2006;3:24–30.

Türk Ceza Kanunu (TCK–2004) Yeni TCK 5237 Sayılı Kanun, www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html-508k, Erişim Tarihi: 13.07.2008.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Kadınların Temel Özellikleri ve Statüleri, Aile İçi Şiddet: Kadınların Fiziksel Şiddete Maruz Kalmasına İlişkin Olarak Kadınların Tutumu Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003, 40–42, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003 Erişim Tarihi: 27.05.2007.

Unsal Ş, Şirin A. Şiddete maruz kalan gebe kadınların evde izlemi, Aile ve Toplum, 2005; 2:69–75.

Ünal G, Bilge A. Ev içi şiddetin yönetiminde acil servis hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;20:127–137.

Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17:107–114.

Valladares E, Pena R, Persson LA, Högberg U. Violence aganist pregnant women prevalance and characteristics a population- based study in Nikaragua. International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2005;12:1243–1248.

Vıllarreal A. Women's employment status, coercive control and intimate partner violence in Mexico. Journal of Marriage and Family. 2007;69:418–434.

Weingourt R, Maruyama T, Sawada I, Yoshino J. Domestic violence and women's mental health in Japan. International Council Of Nurses, 2001;48:102–108.

World Health Organization. World Report on Violence and Health*:* Summary.Geneva, 2002.

World Health Organization (WHO)**,** The World Health Report 2005, http//www.who.int/whr/ 2005_en.pdf Erişim tarihi: 10.08.2007.

Xu X, Zhu F, Campo P, Koening M, Mock V, Campbell J. Prevalence of and risk factor for intimate partner violence in Chia. American Journal of Public Health. 2005;95:78–85.

Yanıkkerem E. 15–49 Yaş evli kadınların aile içi şiddete ilişkin görüşlerinin ve şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2002.

9.EKLER

EK A:Anket Formu

Demografik Değişkenler

1.Yaşınız...

2.Öğrenim durumunuz

1.Okur-yazar/ilkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite

3.Mesleğiniz

1.Ev hanımı 2.Çalışıyor

5.Eşinizin öğrenim durumu

1.Okur-yazar/ilkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite

6.Aile tipi

1.Çekirdek 2.Geniş

7. Evlilik süresi……..Yıl

8.Nikâh türü?

1. Dini nikah 2.Resmi

Doğurganlık Özellikleri

9.Doğum sayısı……..

10.Çocuk sayısı……..

11.Düşük öyküsü

1. Yok 2.Var

Sosyoekonomik Değişkenler

12.Ailenizin aylık geliri.....YTL

13.Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1.İyi 2.Orta 3.Kötü

14.Sağlık güvenceniz var mı?

1.Yok 2.Var

15.Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu nedir?

1. Ev sahibi 2. Kiracı

Şiddete Maruz Kalma Durumu (fiziksel, duygusal, sözel, cinsel, ekonomik)

16.Eşiniz çocuğunuza şiddet uygular mı? (Çocuğu olan kadınlar cevap verecektir.)

1. Evet 2. Hayır

17.Son bir yıl içerisinde eşinizden şiddete maruz kaldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

18.Yaşadığınız şiddetin sıklığını nasıl değerlendirirsiniz?

1.Haftada en az 1-2 kez 2. Ayda en az 1-2 kez 3.Yılda en az 1-2 kez 4.Diğer

(18. sorudan sonraki sorulara, 17.soruya evet diyen kadınlar cevap verecektir)

19.Aşağıdaki şiddet türlerinde maruz kaldıklarınızı evet olarak işaretleyiniz.

Şiddet Türleri	Evet	Hayır
Fiziksel şiddet		
Dayak atma (sarsma, hırpalama, tokat atma yumruk/tekme atma, saçından tutup yerlerde sürükleme)		
Cisimler atma/sopa ya da bir eşya ile vurma/duvara vurma		
Kesici, delici aletlerle/ateşli silahlarla zarar verme (bıçak, tabanca vb.)		
Üzerinde sigara söndürme gibi işkenceler		
Diğer		
Sözel şiddet		
Azarlar şekilde ismiyle çağırma		
Bağırarak korkutma		
Hakaret /küfür etme		
Sözle saldırı ya da tehdit		
Diğer		
Duygusal şiddet		
Alay etme/küçümseme ya da isim takma		
Kendisine karşı soğuk ve katı davranma		
Saygı göstermeme/başkalarının yanında küçük düşürme		
Kadının evden çıkmasını/çevresiyle görüşmesini yasaklama		
Kadının ev dışında olduğu dönemlerde her hareketini denetleme		
Diğer		
Cinsel şiddet		
Cinsel ilişkiye zorlanma		
İstemeden hamile bırakılma		
Cinselliği ile alay edilme		
Başkaları ile cinsel ilişkiye zorlanma		
Diğer		
Ekonomik şiddet		
Parasının zorla alınması/çalınması		
Çalışmasının engellenmesi		
Evin temel giderlerinin karşılanmaması (evin faturaları, yiyecek, kira vs.)		
Diğer		

20.Eşinizin şiddet uygulamasının nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

Şiddet Nedenleri	Evet	Hayır
Maddi sorunlar (eşin işsiz olması, gelirin düşük olması vs.)		
Eşin kötü alışkanlıklarının olması (kumar oynaması, alkol, eroin, hap kullanması vb)		
Eşin bir anlık öfkesi		
Eşin kıskanç olması		
Eşin ruhsal sorununun olması		
Eşine göre ev işlerini (çamaşır, yemek, bulaşık) iyi yapamama		
Eşinin eve geç gelmesini sorgulama		
Benim davranışlarım		
Ailevi sorunlar (çocuklarla ilgili, kayınvalide ile yaşanan, akrabalarla ilgili)		
Ailelerin zorla evlendirmesi		
Diğer		

21.Eşiniz tarafından şiddete maruz kaldığınızda aşağıdaki davranışlardan hangisini gösterirsiniz?

Şiddete gösterilen tepki	Evet	Hayır
Hiç tepki vermeme/içine kapanma		
Ağlama/darılma, kırılma, konuşmama		
Sözle karşılık verme/bağırma		
Polise telefon etme		
Diğer		

22.Eşinizden şiddet görmenize rağmen evliliğinizi sürdürme nedeniniz?

Evliliği sürdürme nedeni	Evet	Hayır
Çocuğum babasız kalmasın diye		
Her şeye rağmen eşimi sevdiğim için		
Hiçbir gelirim olmadığı için		
Bir gün düzeleceğini düşündüğüm için		
Diğer		

Ek B: Kısa Form 36 (Short Form 36) SF–36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
1.Mükemmel 2.Çok iyi 3.İyi 4.Orta 5.Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
1.Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
2.Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
3.Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
4.Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
5.Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
3.1-Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	( )	( )	( )
3.2-Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	( )	( )	( )
3.3-Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	( )	( )	( )
3.4-Merdivenle çok sayıda kat çıkma	( )	( )	( )
3.5-Merdivenle bir kat çıkma	( )	( )	( )
3.6-Eğilme veya diz çökme	( )	( )	( )
3.7-Bir iki kilometre yürüme	( )	( )	( )
3.8-Birkaç sokak öteye yürüme	( )	( )	( )
3.9-Bir sokak öteye yürüme	( )	( )	( )
3.10-Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	( )	( )	( )

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
4.1-İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	( )	( )
4.2-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	( )	( )
4.3- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	( )	( )
4.4-İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (daha fazla çaba gibi)	( )	( )

5.Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
5.1- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	( )	( )
5.2- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	( )	( )
5.3-İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	( )	( )

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c)Hafif
d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi, hem de ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
9.1-Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.2-Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.3-Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.4-Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.5-Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.6-Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.7-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.8-Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.9-Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )	( )

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Bazen
d) Nadiren
e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
11.1-Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	( )	( )	( )	( )	( )
11.2-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	( )	( )	( )	( )	( )
11.3-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	( )	( )	( )	( )	( )
11.4-Sağlığım mükemmel	( )	( )	( )	( )	( )

EK:C Sağlık Bakanlığı'ndan (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü) alınan izin belgesi.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0130004-
Konu :Araştırma izni. 14872 25.06.07

Sn. Hamide DİNDAŞ
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Başhemşirelik/ KONYA

İlgi:21/06/2007 tarihli dilekçe

Dilekçeniz ekinde yer alan "Kadına Yönelik Eş Şiddeti ve Yaşam Kalitesinde Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri" konulu yüksek lisans bitirme tezinizin İliniz Merkez Meram İlçesi 30 Nolu Merkez Sağlık Ocağı hizmet bölgesindeki Havzan Mahallesi ve Karatay İlçesi 3 Nolu Sağlık Ocağı hizmet bölgesindeki Çimenlik Mahallesinde yapılması Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

SAĞLIK OCAKLARI DAİRE BAŞKANLIĞI
Tel: (312) 585 13 01- 02 Faks: (312) 434 44 49

EK:D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 5	**Toplantı Tarihi: 28.05.2007**

Karar Sayısı:2007/113:Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Emel EGE' nin **"Kadına Yönelik Eş Şiddeti ve Yaşam Kalitesinde Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 15.05.2007 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü ; yüksek lisans tez çalışmasının Yrd.Doç.Dr. Emel EGE' nin sorumluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
28.05.2007
Şazer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

10.ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Konya'da doğdu. İlkokul, orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 1998 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2002 yılında mezun oldu. 2002–2004 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalıştı. 2004 yılında naklen atanarak Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmaya başladı. Halen Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesinde Hastanesi'nde Eğitim Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.