T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ TANIMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ

AYSUN ÜSTÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ REFİKA GENÇ KOYUCU

İSTANBUL-2020

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ TANIMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ

AYSUN ÜSTÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ REFİKA GENÇ KOYUCU

İSTANBUL-2020

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ONAYI

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Anabilim Dalı Başkanı	Enstitü Müdürü
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK	Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Refika GENÇ KOYUCU
Danışman

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans / Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Jüri Üyeleri (İlk isim jüri başkanına, ikinci isim danışmana aittir)

Prof. Dr. Aygül AKYÜZ	Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Refika GENÇ KOYUCU	İstinye Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK	İstinye Üniversitesi

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum "Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeyleri" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Aysun ÜSTÜNER
Tarih ve İmza

ÖZET

HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ TANIMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ

Aysun ÜSTÜNER
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Danışman: Refika GENÇ KOYUCU

2020

Bu araştırmada, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin, kadına yönelik şiddeti tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tasarımda olan çalışma, hemşirelik ve ebelik bölümlerinin 1, 2 ve 3.sınıflarında öğrenim gören 345 öğrenci ile 01/Aralık/2018 – 28/Şubat/2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin sosyodemografik verileri ile "*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına Yönelik Ölçek*" puanları değerlendirilmiştir. Çalışmanın ana çıktısı, öğrencilerin kadına yönelik şiddeti tanımalarına ilişkin bilgi düzeyleridir. Sosyodemografik özelliklerin bu bilgi düzeyi üzerine etkileri de, hedeflenen çıktılar arasındadır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistik yöntemlerinden ortalama, standart sapma, yüzde değerler, Chronbach's Alpha, normallik dağılımı; parametrik grupların karşılaştırılmasında ikili gruplar için bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla gruplar için ANOVA testi, parametrik olmayan grupların karşılaştırılmasında pearson ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak $p<0.05$, anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Öğrencilerin "*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına Yönelik Ölçek*" toplam puan ortalaması 18.37±2.51, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 7.76±1.31 ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 11.09±2.07 olarak bulunmuştur. Öğrenciler tarafından en çok doğru tanınan (%100) kadına yönelik şiddet ifadesi "*fiziksel şiddet*" içerikli ifadeler iken, en az doğru tanınan kadına yönelik şiddet ifadesi ise "*ekonomik şiddet*" içerikli ifade olarak tespit edilmiştir. Medeni durum, aile tipi, ekonomik durum, baba eğitim düzeyi, öğrencinin bulunduğu sınıf düzeyi şiddeti tanıma bilgi düzeyleri ile anlamlı ilişkili olan sosyodemografik faktörler olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin tamamına yakınının (%93.3) lisans eğitiminde kadına yönelik şiddet içerikli eğitim talepleri mevcuttur.

Sınıf farkı olmaksızın, hemşirelik ve ebelik öğrencileri arasında, kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeyleri yetersizdir. Bazı sosyodemografik faktörlerin, bu bilgi düzeyleri üzerine etkileri olabilir. Öğrencilerin eksiklikleri ve talepleri göz önüne alınarak, lisans eğitimleri sırasında konuya yönelik eğitimlerin sunulması, eğitim saatlerinin ihtiyaca dönük arttırılması, sağlık personellerinin mesleki hayatlarında kadına yönelik şiddeti tanıma ve müdahale aşamalarındaki eksiklikleri giderme yönünde, önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Hemşire, Kadına yönelik Şiddet, Şiddet

ABSTRACT

THE KNOWLEDGE LEVEL OF NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS TO RECOGNIZE VIOLENCE AGAINST WOMEN

Aysun ÜSTÜNER
Obstetrics And Gynecology Nursing
Advisor: Dr. Refika GENÇ KOYUCU

2020

The objective of this research is to examine the knowledge level of nursing and midwifery students regarding the identification of violence against women.

This descriptive study was conducted between December 1, 2018 – February 28, 2019 with 345 nursing and midwifery students who are at 1st, 2nd, and 3rd grade. Students' socio-demographic attributes and their "Identification of Violence Against Women Scale" data were collected. The main output of this study is to obtain the knowledge level of nursing and midwifery students' identification of violence against women. Another targeted output is to analyze the impact of socio-demographic attributes on the knowledge level. The data were evaluated by descriptive statistics methods: mean, standard deviation, percentile values, Chronbach's Alpha, normality distribution, independent variables t- test for two parametric groups comparison, ANOVA test for more than two groups, Pearson Chi-square test for nonparametric groups comparison. $P<0.05$ was regarded as statistically significant.

Students' "Identification of Violence Against Women Scale" total point average is 18,37±2,51, physical characteristics sub-scale point average is 7,76±1,31 and emotional characteristics sub-scale point average is 11,09±2,07. While "physical violence" is the most accurately identified (100%) violence against women statement, "economic violence" is the least accurately identified statement. Sociodemographic factors, namely marital status, family type, economic situation, father's education level and grade level of students, are found to be correlated with the knowledge level of identification of violence against women. Nearly all students (% 93,3) request training on violence against women.

The knowledge level of recognizing violence against women is insufficient without class difference between nursing and midwifery students. Some socio-demographic factors may have an impact on the level of knowledge. Considering the shortcomings and demands of the students, it will be an important step at the stages of identification and intervention of violence against women in healthcare workers' professional life, if trainings on this subject are provided during their undergraduate education and the training hours are increased to meet their needs.

Keywords: Midwife, Nurse, Violence Against Women, Vio

TEŞEKKÜR

Başta araştırmanın başlangıcından itibaren her aşamasında desteği ve değerli katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Refika Genç Koyucu ‘ya, Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans programı boyunca donanım ve bilgilerini bizlerle paylaşan değerli öğretim üyelerine, veri toplama sürecine katkılarından dolayı İstinye Üniversitesi hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerine, gerek ders dönemi gerekse tez döneminde, uzun süren çalışmalarım sırasında, sabır ve anlayışlarını benden esirgemeyen ve her anlamda desteğiyle yanımda olan eşim Emre Üstüner ve oğlum Arda Üstüner’e, anne ilgisinden zaman zaman mahrum kalan minik kızım Doğa Üstüner’e ve tabii ki bana her zaman ilgi ve destek gösteren aileme ve desteğini hiç eksik etmeyen Sevdam Akkuş’a sonsuz teşekkür ederim.

Aysun ÜSTÜNER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

KABUL ONAY
ETİK BEYANI
ÖZET……i
ABSTRACT……...ii
TEŞEKKÜR.....iii
İÇİNDEKİLER LİSTESİ.....iv
TABLO LİSTESİ vi
KISALTMALAR.....vii
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 4
1.1.ŞİDDET KAVRAMI 4
1.2.KADINA YÖNELİK ŞİDDET 5
1.3.KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN TÜRLERİ 8
1.3.1. Fiziksel Şiddet[1] 8
1.3.2. Psikolojik Şiddet 9
1.3.3. Ekonomik Şiddet 9
1.3.4. Cinsel Şiddet 10
1.4.KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN NEDENLERİ.....10
1.5.DÜNYADA KADINA YÖNELİK ŞİDDET 12
1.6.TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET 12
1.7.KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN KADIN VE TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİLERİ 14
1.8.HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDA ROL VE SORUMLULUKLARI……..15
2. MATERYAL VE METOD 19
2.1.ARAŞTIRMANIN DESENİ 19
2.2.ARAŞTIRMANIN AMACI 19
2.3.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN 19
2.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 19
2.5.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ 20
2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI. 20
2.6.1. Sosyo-Demografik Anket Formu…. 20
2.6.1.1.Sosyo-demografik bilgiler……20
2.6.1.2.Kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgiler……20
2.6.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek……21
2.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ 21
2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 22
2.9. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI 22
2.10.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ……22
3. BULGULAR 23
4. TARTIŞMA VE SONUÇ……..29
KAYNAKLAR..... 39
EKLER..... 51
A. ANKET FORMU.....51

B. HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK.....53
C. ETİK KURUL ONAYI.....56
D. HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK KULLANIM İZNİ…….. 57
E. ÖZGEÇMİŞ.....58

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Karakteristiklerinin Dağılımı…….....23
Tablo 3.2: Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgisi Değerlendirme Testi.....…….....24
Tablo 3.3: Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgilerine İlişkin Puan Sıklıkları…….....25
Tablo 3.4: Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile HEKYŞBTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması….....26

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltma	Açıklama
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BKSGM	Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HEKYŞBTÖ	Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	Türk Ceza Kanunu
UNDP	United Nations Development Programme /Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı

GİRİŞ

Şiddet olgusunun ortaya çıkışının insanlık tarihi ile paralel olduğu söylenebilir. Dünyada kadın ve erkek olmak üzere iki cinsiyetin var olmasına rağmen, erkekler tarih boyunca kadınlar üzerinde egemenliklerini kurmuş ve kadınlara hükmetmişlerdir. Dünyada arkeologlar tarafından yapılan araştırmalarda, kadınların fiziksel şiddete maruz kalma tarihinin 3000 yıl öncesine dayandığı bilinmektedir (Çakıcı ve Çakıcı, 2007).

Orta çağda, erkeğin kadına karşı zor kullanmasında bir sınır olmadığı belirtilmektedir. Tarihsel süreçte kadına yönelik şiddet ilk kez 1883 senesinde suç sayılarak Maryland'de yürürlüğe giren kadını koruyucu yasa ile suç tarihinde yerini almıştır (Çetin, 2011). Toplumsal olarak ataerkil bir yapıya sahip olan Türkiye'de de, aile içerisinde erkeğin kadınlara şiddet uygulaması bir hak ve görev olarak erkeğe addolunmuştur (Düşünmez, 2007). Halk arasında da bu düşünceyi destekleyici bir biçimde kullanılan "kızını dövmeyen dizini döver", "kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin", "oğlan doğuran övünsün, kız doğuran dövünsün" gibi sözler de toplum içerisinde kadına yönelik şiddeti yüceltici bir eğilime sebep olmaktadır (Yanık ve ark., 2014).

İngiltere'de erkekler 18. ve 19. yüzyıl dönemlerinde, aileleri üzerinde en yetkili kişi olmakta ve aile fertlerinin yaşamlarında söz sahibi olmaktaydılar. Aynı dönemlerde, erkeğin ailesindeki kadınlara baskı ve şiddet uygulaması doğal ve yasal sayılıyordu. Son yüzyıla kadar, birçok ülkede erkeğin karısına fiziksel şiddet uygulaması bir hak olarak tanınmıştır (Berktay, 2016). Toplum içerisinde erkeklerin kadınlardan daha önemli ve daha üstün görüldüğü, kadın ve erkeklere belirli görevlerin yüklendiği ve bu görevlerin bireyler tarafından yerine getirilmemesinin ayıp sayıldığı toplumlarda kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı bilinmektedir (Page ve İnce, 2008). Erkeklerin kadınlardan daha güçlü ve üstün olduğu düşüncesi ve daha birçok örnek toplumda erkeklerin üstün olduğu inancını yaymış ve aile içinde kadına yönelik oluşan sosyal ve kültürel şiddetin beslenmesine sebep olmuştur. Şiddet davranışlarının oluşmasına sebep olan sosyo-kültürel inanışların yanı sıra, bireylerin ekonomik problemleri, erken yaşta evlenmeleri, erkeğin eşine şiddet uyguladığında çoğu zaman toplumda bunun bir güç unsuru görülmesi ve bunun gibi birçok etken

bireylerin toplumsal yapıdaki belirleyicilerden kaynaklanarak aile içinde şiddete başvurmasına sebep olabilmektedir (BKSGM., 2008).

Birçok ülke, kadınlara karşı şiddetle mücadele kapsamında, hükümetlerinin yanı sıra kurulan dernekler ve örgütler ile kadına yönelik şiddeti durdurmaya çalışmaktadırlar. Bir ülkedeki devlet kurumlarının kadına yönelik şiddete bakış açısı değişmedikçe, o ülkede kadına yönelik şiddetin varlığının engellenmesinin neredeyse imkânsız olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Ataerkil toplum yapısına sahip farklı ülkeler, hükümet dışı kuruluşlar ile işbirliği yaparak kadına yönelik şiddeti engellemeye ve önlemeye yönelik uygulamalarda bulunmuşlardır (Dişsiz ve Şahin, 2008).

Türkiye'de kadına yönelik şiddet konusunda devlet işbirliği ile şiddete uğrayan kadınları korumak ve topluma geri kazandırmak adına pek çok çalışma yapılmıştır. Ülkemizde kadına yönelik şiddete karşı yapılan ilk toplu eylem 17 Mayıs 1987 tarihinde gerçekleştirilen "Dayağa Hayır" yürüyüşü olmuştur. Bu yürüyüşle birlikte toplumda bir farkındalık oluşmuş ve devamında kadına yönelik şiddete karşı eyleme geçilmiştir (Dişsiz ve Şahin, 2008). Ülke genelinde polis imdat hattının yanı sıra Alo 183 hattı da, şiddete maruz kalan kadın ve çocuklar ile engellilere yönelik sosyal hizmet dayanışma hattı olarak halka hizmet vermektedir. Bu hatta ulaşan kişilere, acil müdahale ekibi gönderilmektedir. Bu hat, ülkenin kolluk kuvvetleri ile koordineli bir biçimde çalışmaktadır (ASPB, 2014). Yine Türkiye'de kadına yönelik şiddet konusunda en kapsamlı faaliyet gösteren derneklerden biri 1990 senesinde ülke genelinde hizmet vermeye başlayan Mor Çatı, Kadın Sığınma Vakfı'dır. Vakıf bünyesinde, şiddete maruz kalan kadınlara hem psikolojik hem de hukuksal destek verilmekte ve bu kadınların topluma kazandırılmasına yönelik projeler sürdürülmektedir (Mor Çatı, 2017).

Şiddet gören kadınlar toplumsal hayattan uzaklaşırlar ve desteğe ihtiyaç duyduklarında öncelikle sağlık çalışanlarına başvururlar (Yazıcı ve Mamuk, 2010). Sağlık çalışanları, toplumdaki her yaş grubundan kadın ve çocukla etkileşime geçmektedirler. Dolayısıyla kadına yönelik şiddeti önlemede, koruma, azaltma ve erken müdahalede sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle sağlık personeli, şiddete maruz kalan kadınları tanımak, erken yakalamak, ilgili birimleri aktive etmek, yardım zincirini harekete geçirmek gibi önemli rol ve sorumlulukları olan bir gruptur (Porter, 2003). Özellikle ilk basamak rolleri yoğun

olan hemşire ve ebelerin aile içi şiddeti fark etmek, gözlemlemek, müdahale ve güvenlik için planlar oluşturmak konularında sorumlulukları vardır (Yazıcı ve Mamuk, 2010). Hemşirelerin %53.3'ünün 1 yılda birkaç kez şiddete uğrayan kadınla karşılaştıkları bilinmektedir (Häggblom et al., 2005). Bu sıklık, hemşirelerin bu konu kapsamındaki önemini vurgulamaktadır. Hemşire ve ebelerin bu sorumlulukları yerine getirebilmeleri için de şiddetin ele alınması konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir. Ancak çalışmalar, sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda farkındalıklarının düşük, bilgi düzeylerinin ise yetersiz olduğunu göstermektedir (Breakey et al., 2001). Bunun yanında, hemşirelerin şiddete uğramış kadına nasıl yaklaşacağı, ne yapması veya ne söylemesi gerektiği konularında zorlandıkları bilinmekte ve %83'ünün şiddet konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğu görülmektetedir. Başka bir çalışmada, kadına yönelik şiddet konusu hakkında bilgi gereksinimi olan ebe-hemşire sıklığı % 66,9'dur. Aynı çalışmada, hemşire ve ebelerin %31.2'sinin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini, %50'sinin de kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini tanımada yetersiz oldukları tespit edilmiştir. Örgün eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alan ebe-hemşirelerin sıklığı %7.1'dir (Arabacı, 2006).

Hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının, kadına yönelik şiddet konusunda bilgi düzeylerini belirlemek adına yapılmış birçok çalışmaya literatür taramasında rastlanmasına rağmen, öğrencilerle yapılmış çalışma sayısı sınırlıdır. Oysaki öğrencilerin bu konudaki eksiklerinin tespiti ve giderilmesine yönelik eğitim planlaması, mesleki hayatlarında onlara rehber olacaktır. Şiddet mağduru kadınlar ile karşılaştığında nasıl davranacağını bilen hemşire ve ebe adayları, gelecekteki meslek yaşantılarında, kadına yönelik şiddete karşı kilit bir rol üstlenebilirler. Çoğunluğu kadın cinsiyetinden oluşmuş meslek grupları olması dolayısıyla da, hemşire ve ebelerin kadınla iletişim kurması daha kolay olacaktır.

Sözü edilen bu sebep ve bilgiler çıkış noktası alınarak planlanan bu çalışmanın amacı; geleceğin sağlık profesyonellerinin arasında yer alacak olan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti tanımalarına yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve gelecekte sağlık hizmetinde aktif rol alacak öğrencilerin şiddet olgusunu tanıma, doğru değerlendirme ve destek sağlama ihtiyaçlarının belirlenerek, kadına yönelik şiddet konusundaki eğitimlere katkıda bulunmaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. ŞİDDET KAVRAMI

Şiddet; kişilerarası ilişkilerde doğrudan veya dolaylı olarak, isteyerek ya da istemeyerek, karşı tarafa fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve cinsel olarak zarar verme veya kişilerin fiziksel ya da psikolojik olarak acı çekmesine sebep olan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (Şahin ve Türk, 2010).

İnsanlık tarihiyle beraber ortaya çıkmış olan, son yıllarda gündemde sık sık yer alan şiddet; sosyolojik, psikolojik, politik, felsefik ve psikiyatrik yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır. Birçok bireysel ve toplumsal öğeyle birlikte karmaşık bir yapı ortaya koyarak günümüzün en önemli sorunlarından biri haline gelmiştir (Çamcı, 2010). Az gelişmiş toplumlarda şiddet, önemsiz görülüp bir sorun çözme aracı olarak önemsizleştirilirken, gelişmiş ülkelerde ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Bilican, Gökkaya, 2011).

Kökeni çok eskiye dayanan şiddet, toplum içerisinde çok iyi kamufle olmakta, hatta genellikle ne zaman, nerede ve ne şekilde ortaya çıkacağı tahmin edilememektedir (Kocacık, 2001). Şiddetin tarihçesini inceleyecek olursak, eski zamanlardan günümüze şiddete en çok maruz kalan kişilerin kadınlar olduğu bilinmektedir. Eski Roma'da erkekler eşlerini dövebilir; zina ve toplum içinde sarhoşluk gibi bazı durumlarda da öldürebilirdi. Kadının aşağılanması, mal olarak görülmesi ve kadın erkek eşitliğinin olmaması, erkeğin saldırgan davranışlarına onay verilmesi, erkeğin gücünün kabul edilmesini ve bu güce boyun eğilmesini sağlamıştır. Tarihsel sürecin devamında, kilisenin üstünlük kazanmasından sonra da erkeklerin eşleri üzerindeki hakları kilise kurallarına bağlanmıştır. Fransa'da 12 ve 13. yy. da koca karısını yaralamamak şartıyla dövebilirken, İngiltere'de 18 Ağustos 1882 tarihli kanun çıkana kadar, erkeğin eşine baskı yapma hakkının olduğu bilinmektedir (Yavuz, 2011).

1960'lı yıllara kadar kadına yönelik şiddet göz ardı edilirken, 1970'li yıllarla şiddet konusuna farklı bir bakış açısı gelişmiştir. Kadın dayanışması ve kadın hareketleri, kadının toplumdaki yeri ve önemini görünür kılmaya başlamıştır. Bundan sonra da şiddet kavramı, şiddetin tanımı ve çeşitleri değişmeye başlamıştır. Sadece yaşanan şiddet olayları değil, bunların kişiler üzerindeki etkileri de tanımlanır hale gelmiştir (Subaşı ve Akın, URL1).

Şiddet olgusu, toplumun her kesiminde, her alanında kendisini göstermektedir. Evde, işte, mahallede, trafikte, medyada ve hatta çocuk parkları gibi birçok farklı yerde aynı zamanda farklı şekillerde de gerçekleşebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, şiddeti önleme eylem planı kapsamında, kişilerarası şiddetin yol açacağı toplumsal sorunlara dikkat çekmekle birlikte, aile içi şiddet, çocuk-yaşlı istismarı, arkadaş şiddeti, flört şiddeti ve cinsel şiddetin toplumsal açıdan zararlarına odaklanmaktadır (WHO, 2014).

Toplumdaki bireyler, saldırgan eylemlerin tamamını şiddet davranışı olarak görmemektedirler. Şiddeti daha çok bedensel acı çektirme ve zarar verme olarak kabul etmekte ve diğer şiddet türlerinin bilincinde olmamaktadırlar. Aslında üzerinde durulması gereken şiddet olgusunun nerelerden beslendiğinin öğrenilmeye çalışılmasıdır. Örneğin, yaşam şartlarının zorluğundan kaynaklanan şiddet, toplumdaki adaletsiz gelir dağılımı, fiziksel, ruhsal ve kültürel olarak yaşanan şiddet türüdür. Şiddet, toplumsal düzenle, kültürle, siyasi ve iktisadi yapı ile iç içe olan yapısal bir öğedir (Memiş, 2015). Şiddetin oluşumunda, tarihsel süreç içinde toplumların şiddet davranışlarına etki eden sosyokültürel değerlerin ve ideolojilerin incelenmesi gerekir (Özerkmen, 2012).

1.2. KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Kadına yönelik şiddet, hemen her gün duyulan ve görülen, aslında teknik bir terim olmakla birlikte, içerisinde birçok anlam taşıyan ve kişilerin kültürü, eğitim seviyesi, dini ve anlayışına göre değişkenlik gösterebilen bir terimdir. Kadına yönelik şiddet dendiği zaman, kadın-erkek eşitsizliğine dayanan ayrımcılık ve erkeğin kadına güç kullanma çabası sonucu oluşan şiddet unsuru akla gelir (Berktay, 2016). Şiddetin temel unsuru olan güç kullanımıyla birlikte güç kullanımı olmaksızın kişilere karşı kullanılan ve saldırganlık içeren her türlü davranış, söz ve/veya tutum da şiddet olarak algılanabilmektedir (Özgür ve ark. 2011).

Geleneksel toplum görüşü doğrultusunda kadınlar ev işleri ve çocuk bakımı gibi işlerle ilgili iken, erkekler kendilerini daha çok kamusal alanda göstermekte ve evin ekonomik geçimini sağlamakla görevlerini yerine getirmektedirler. Ataerkil toplumlarda kadınların, bir toplumun gelişmesinde, büyümesinde ve bir neslin büyütülmesinde üstlendiği rolün önemi ve büyüklüğü göz önünde bulundurulduğu zaman, maruz kaldıkları davranış biçimlerinin pek de adil olmadığı söylenebilir. Sosyal gelişimin en önemli mihenk taşı olan kadınlar, ataerkil toplumlarda ikinci plana

atılmaktadırlar (Ersoy, 2009). Bununla birlikte, şiddete maruz kalan kadınların etnik yapısı, dini, kültürü, eğitim seviyesi, yaşadığı toplum ya da ekonomik durumunun şiddete maruz kalma yönünden pek belirleyici olmadığı da söylenebilir. Kadının hamile olması, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşıyor olması gibi etkenler kadının fiziksel şiddet görme riskinin artmasına sebep olmaktadır (Korkmaz ve ark., 2016).

Şiddet konusu, fiziksel şiddet, sözel tehdit, duygusal istismar, kontrol etme çabası, ekonomik istismar ve cinsel şiddet ve bunların tümünün uygulanabileceği ev içi şiddet olarak farklı dallarda incelenebilir (Seimeniuk ve ark., 2010). Sayılan şiddet unsurlarından en ağırı olarak nitelendirilen fiziksel şiddet mağduru olan kadınların büyük çoğunluğunun fiziksel şiddet maruziyeti öncesinde diğer şiddet türlerine de maruz kaldıkları bildirilmiştir (Campbell ve ark., 2002). DSÖ verilerine göre, her üç kadından biri fiziksel veya cinsel şiddete uğramakla birlikte kadın cinayetlerinin %38'i eş veya partner konumundaki kişiler tarafından işlenmektedir (WHO, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün 48 ülkeyi kapsayan çok uluslu bir çalışmasında da, eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların oranı %10-69 arasında bulunmuştur (Eryılmaz, 2001). Şiddetin en fazla aile içinde ve kadına yönelik olarak yaşandığı, DSÖ 2002 raporunda bildirilmektedir (WHO, 2002). Dünya genelinde her üç kadından biri şiddet içerikli olarak ısırılmış, eşi veya erkek arkadaşı tarafından cinsel birlikteliğe zorlanmıştır (UNDPI, 2009). Türkiye'de her üç kadından biri eşinin veya sevgilisinin fiziksel şiddetine maruz kalmaktadır (Mor Çatı, 2017).

Şiddetin temel unsuru olan güç kullanımıyla birlikte güç kullanımı olmaksızın kişilere karşı kullanılan ve saldırganlık içeren her türlü davranış, söz ve/veya tutum da şiddet olarak algılanabilmektedir (Özgür ve ark., 2011). Kadına yönelik şiddetin bir başka boyutu cinsel şiddettir. Cinsel şiddetin tanımı yapılırken sadece cinsel yöndeki fiziksel zorlama değil, kadına karşı kullanılan cinsel içerikli sözlü beyanlar ve kadının isteği haricinde kendisine karşı yapılan sözlü tacizler de cinsel şiddet kavramı içerisinde incelenmektedir (Akkaş ve Uyanık, 2016). Türkiye'de cinsel taciz ve tecavüzün oranı var olan istatistiksel verilere göre düşük olsa da, cinsel saldırı vakaları sanıldığının aksine toplumda yüksek bir orana sahiptir. Bu duruma, tecavüze uğrayan kadınların bunu kayıtlara geçirmek istememesi yanında ekonomik, sosyo-kültürel ve yasal sürecin işleyişindeki aksaklıklar neden olarak gösterilebilir (Çakıcı ve Çakıcı, 2007). Tecavüze uğrayan kadınların büyük bir kısmının kendilerine saldıran kişiyi önceden tanımaları da bu sorunun başka bir boyutudur (DSÖ, 2017).

Ayrıca, cinsel şiddet mağduru kadınların büyük çoğunluğu saldırgan tarafından fiziksel şiddete de maruz kalmaktadırlar (Zorlu, 2012). Cinsel şiddet mağduru kadınların yaşları incelendiği zaman, sadece 18 yaş üzeri yetişkin bireylerin değil, küçük kız çocuklarının da cinsel saldırıya uğradıkları görülmektedir. Tecavüz mağduru olanların büyük bir kısmını (%36-58), 15 yaş ve daha küçük kız bireylerin oluşturduğu (Atman, 2003) gerçeği toplumsal açıdan dehşet verici bir tablodur. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (NEE), 2015 yılında "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet" araştırmasını faaliyete geçirmiş ve bu araştırmayla, 17 yaş ve altında evlenen kadınların, fiziksel, duygusal, cinsel şiddet ve istismarı, 18 yaş ve üstü evlenen kadınlardan daha yüksek oranda deneyimlediklerini belirtmişlerdir (HÜNEE, 2015). Kesin olarak cinsel bir saldırıya uğramaya aday bir risk grubu tanımlanamazken; daha önceden cinsel deneyimi olmayan, ikinci bir iş bulma şansı zayıf olan dul kadınlar, iş yerinde hiyerarşik olarak bir erkeğe bağlı olarak çalışan hemşire, hostes ve sekreterlerin cinsel saldırıya uğrama riski diğerlerine göre daha fazladır. Bu tür bir şiddete çoğunlukla gözaltı sırasında, savaşlarda, işyerlerinde ve evliliklerde rastlanmaktadır. Bu şiddet türlerinin saldırganlar tarafından uygulanış şekli, tek tür şiddet değil, şiddet türlerinin bir birleşimi olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin, cinsel şiddete maruz kalan bir kadın aynı anda fiziksel şiddete maruz kalırken, saldırgan tarafından küfredilip aşağılanarak psikolojik şiddete de maruz kalabilmektedir. Kadınların fiziksel şiddete en çok maruz kaldıkları dönemin 30'lu yaşlar olduğu bildirilmiştir (Yetim ve Şahin, 2005). Kısaca şiddet, bir kişinin bir kişiye ve/veya nesneye karşı hissettiği öfke ve kinin kırıcı bir davranışa dönüşmesi olarak özetlenebilir (Özgür ve ark. 2011). Bu davranışın istenmeyen cinsel içerikli hareketler barındırması da cinsel şiddeti ortaya çıkarmaktadır.

Eğitim düzenindeki eksiklikler ve toplumdaki algı, kadına olan bakış açısının değişmesini ve gelişmesini engellemektedir. Gelişim, ancak kişilerin istemesi ve eğitilmesi ve kültüre bu eğitimin yerleştirilmesi ile gerçekleşebilen bir olgudur (UNDP, 2009). Uzun vadeli sonuçlar elde edebilmek için, ilkokuldan itibaren cinsiyet ve şiddet kavramlarının öğretilmesi ve özellikle çocukların eğitilmesi gerekmektedir. TBMM Araştırma Komisyonu tarafından Türkiye genelinde hükümlü çocuklar ile yapılan bir çalışmada, çocuklara şiddete en fazla nerede maruz kaldıkları sorulduğunda, %39 oranla sokakta ve %34 oranla okul ve çevresinde şiddet gördükleri saptanmıştır (Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırması Komisyonu, 2007).

Şiddet, genel bir toplumsal sorun olsa da bunun çoğunlukla kadına yönelik olduğu bir gerçektir. Subaşı ve Akın (2003)'a göre, çocukluktan yaşlılığa kadar her yaşta kadın, şiddete maruz kalma ihtimali en yüksek olan toplumsal gruptadır. Burada şiddetin yalnızca fiziksel şiddetle sınırlandırılmadığı önemli bir noktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet, fiziksel güç, tehdit ve/veya sözel gücün bir başkasına zarar vermek veya bir başkasını incitmek kastı ile toplum içinde veya özel hayatta bir başkasına uygulanan ve aynı zamanda uygulanan kişinin de özgürlüğüne müdahale eden her türlü söz hareket ve davranıştır. DSÖ, kadına yönelik şiddeti "bu davranışların cinsiyet ayrımcılığını temel alarak kadına yönelik uygulanması ve sonucunda kadın bireye fiziksel, cinsel ve/veya ruhsal olarak hasar görmesine sebep olması" olarak açıklamaktadır (DSÖ, 2017). Kadına yönelik bu cinsiyetçi ayırımın, henüz kadının doğum öncesi döneminde başladığı söylenebilir. Örneğin, erkek egemen bir toplumda, kadının hamile kalmasını takiben, bebeğin kız olduğunun öğrenilmesiyle, bebeği aldırmaya yönelik harekete geçilmesi, henüz doğmamış kadın bireyin en başta yaşadığı şiddet türüne örnek teşkil etmektedir. Yine, kız olarak dünyaya gelen bir bebeğin öldürülmesi, savunmasız kız çocuklarına karşı uygulanan cinsel ve fiziksel istismar, kadın sünneti ile namus cinayetleri de kadının yaşam boyu uğradığı şiddetin çeşitleridir. Kadının para karşılığında cinsel ilişkiye zorlanması ise hem fiziksel, hem cinsel, hem de ekonomik şiddetin bir arada görülmesidir, Son olarak yaşlandığı zaman, kadına fiziksel, cinsel ve psikolojik olarak istismarda bulunma (Kayrın, 2011) şeklinde kronolojik olarak sıralanabilecek, örnekleri ve türevleri arttırılabilecek olan şiddet senaryoları, ataerkil toplumda şans eseri hayatta kalabilen kadının, hayatı boyunca şiddet mağduru olduğunu gözler önüne sermektedir.

1.3. KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN TÜRLERİ

Kadına yönelik şiddet fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet olarak çeşitli şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Bu şiddet türlerine aşağıda değinilmiştir.

1.3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet; kaba davranışlarda bulunmak, vurmak, saldırmak, bir nesneyle ya da bir silah ile vurmak yaralanmasına sebebiyet vermek, baskı altına almak, zorla güç kullanarak istediğini yaptırtmaya çalışmak ve bunun gibi birçok

örnek bedensel saldırı eylemlerini kapsamaktadır. Aynı şekilde aile içinde yaşanılan şiddet olgusunda da bireyler aynı istenmeyen davranışları birbirlerine uygulamaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda, aile içinde eşler tarafından saldırıya uğrayan kadınlar ve çocuklar olmaktadır. Bu sebepten dolayı zor durumda olan hep kadın ve çocuklardır (Şenol ve Yıldız, 2013). Küfür, aşağılayıcı sözler, hakaret gibi sözel şiddet olarak da adlandırılan davranışların, çoğu zaman fiziksel şiddete eşlik ettiği de yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Khan, 2000; Eryılmaz, 2001). Ataerkil toplum yapılarında, erkeğin bedensel olarak kadından daha güçlü olması, erkeğin kadına saldırıda bulunup, kadına karşı güç kullanmasına ortam sağlamaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013).

1.3.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, birey üzerinde baskı kurmak için devamlı olarak bireyin duygu ve düşüncelerinin yok sayılması, bireyi kontrol altında tutma amacıyla devamlı bir psikolojik saldırı uygulanmasıdır. Kadını evde zorla tutmak, sosyal yaşamına müdahale etmek, arkadaşlarıyla görüştürmemek, giyimine müdahale etmek, dışarda gezeceği yerlere karışmak (Akın, 2013), kadını devamlı olarak eleştirmek, kıskançlığı bahane ederek hayatını kurallarla sınırlamak, düşüncelerini ifade etmesine engel olmak, ailesi ile görüşmesine izin vermemek (Köse ve Beşer,2007) gibi birçok örnek verilebilmektedir. Psikolojik baskıdan Yargıtay'ın kararlarında da söz edilmekte, Yargıtay'da psikolojik şiddetten sosyal şiddet olarak bahsedilmektedir. Açıklama bağlamında, Yargıtay örneğin eşin zorlayarak örtünmeye çalışmasını sosyal şiddet olarak açıklamaktadır (Akın, 2013).

1.3.3. Ekonomik Şiddet

İktisadi gelirlerin kadın üzerinde bir güç, bir baskı aracı olarak kullanılması, kadının para ile kontrol altına alınmaya çalışılması ekonomik saldırı, baskı olarak açıklanmaktadır. Aynı zamanda kadının dışarıda çalışabilmesine izin vermemek, kendi ekonomik özgürlüğünü kazanabileceği hususunda kadını engellemek, kadının kazandığı para hakkında söz sahibi olmak, kadına çok az miktarda para vermek, kadının yapamayacağı şeyleri kadından talep etmek ya da bu istenilen maddi değeri olan şeyler karşılanmadığında kadına kötü davranmak, hakaret etmek, evde geçimsizlik çıkarmak, evin temel ihtiyaçlarını kadının karşılaması için kadına baskı

uygulamak ve bunun gibi birçok örnek ekonomik şiddet davranışını yansıtmaktadır (Şenol - Yıldız, 2013).

1.3.4. Cinsel Şiddet

Evli olduğu kişi bile olsa kadını istemediği yerde, istemediği zamanda ve istemediği biçimde cinsel ilişkiye zorlamak (tecavüz), başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, çocuk doğurmaya ya da doğurmamaya, kürtaja, ensest ilişkiye (akrabalar arası cinsel taciz ve tecavüz), fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, telefonla-mektupla ya da sözlü olarak cinsel içerikli rahatsızlık verici davranışlarda bulunmak gibi eylemler cinsel şiddettir (KSGM, 2008).

Cinsel şiddetin arka planında, cinsel rahatsızlıklar, ruhsal sıkıntılar, toplumsal problemler, var olan toplumsal düzene entegre olamamak, madde bağımlılıkları ve benzeri gibi sıralayabileceğimiz birçok sebep yer almaktadır. Bu sebeplerle birlikte en çok kabul edilmiş olan düşünce ise, cemiyet düşüncesine göre, kadının her ne olursa olsun erkeğin cinsel ihtiyaçlarını istese de istemese de yerine getirmesinin kadının görevi olduğu düşüncesidir. Bu düşüncenin arka planındaki görüş ise; aslında kadının toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde erkeğe göre edilgen olması ve erkeğin kadından istediklerinin yerine getirilmesi öncelikli düşüncedir. Bu sebeple, bu görüşte kadının arzuları ve fikirlerinin bir önemi yoktur (Şenol ve Yıldız, 2013).

1.4. KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN NEDENLERİ

Fiziksel ve sözel şiddet açısından düşündüğümüzde, şiddetin nedenleri arasında şiddet uygulayan eşin uyuşturucu kullanması, cinsel taciz uygulaması, şiddet gören eşin ekonomik düzeyinin düşük olması ve şiddet gören eşin sosyoekonomik statüsünün düşük olması şiddetin nedenleri arasında gösterilebilir (Karhan, 2010).

Şiddetin faili olan erkeğin, çocukluk döneminde fiziksel şiddet görmüş olması bu davranışı evlendiğinde kendisinin de eşine uygulamasına yol açabilmektedir. Çocukluk döneminde dayak yeme sosyal öğrenme yoluyla çocuğa geçer ve çocuk bu davranışı büyüdüğünde kendisi de uygulayabilir. Ekonomik sıkıntılar, işsizlik, iş yerinde yaşanan sıkıntılar, çocukların bakımının büyük bölümünün kadına ait olması vb. durumlar erkeğin karısına şiddet uygulamasına sebep olabilmektedir (Karhan, 2010). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda, şiddete sadece eğitim düzeyi veya

ekonomik seviyesi düşük olan kadınların maruz kalmadığı, her düzeyde ekonomik ve eğitim düzeyine sahip kadınların da maruz kaldığı saptanmıştır (Günay, 2004).

Toplumsal cinsiyet, bireylerin erkek ve kadın olmalarına göre belirlenen ve kendilerine toplum tarafından atfedilen özellikleri taşımalarıdır. Yapılan çalışmalarda göstermektedir ki, şiddet olgusu ceza ve güç kurma olarak görülmekte, toplumda üstünlük, bir başkası üzerinde üstünlük oluşturmanın toplumsal bir davranış olduğu düşünüldüğünde, şiddet olgusunun biyolojik faktörlere dayanmasından çok toplumsal algının ve öğretilerin etkili olduğu söylenebilir (Atila Demir ve Nam, 2014).

Erich Fromm, "The Anatomy of Human Destructiveness" (İnsan Yıkıcılığının Anatomisi) kitabında, insan ile ilgili şiddete yönelik saldırgan davranışların birbirinden ayrı iki çeşidi olduğuna vurgu yapmaktadır. Fromm'a göre ilk şiddet türünü hayvan ve insanda benzer olan 'kendini savunmaya yönelik 'iyi saldırganlık' davranışı belirlemektedir. İyi saldırgan davranışına şu şekilde değinmiştir; canlının kendi hayatı canı söz konusu olduğunda, saldırı ve kaçma davranışı gözlemlenebilir. İnsanlar ve hayvanlar içgüdüsel olarak bu tepkileri gösterebilmektedirler. Bu özellik hayvanlarda ve insanlarda doğuştan gelmektedir ve nesilden nesile aktarılmaktadır. 'İyi saldırganlık' türünde canlının yaşamını devam ettirebilmesi için, canlının doğal koşullara uyum sağlamasına katkı sağlayan, canlının yaşamını tehdit eden unsurlar ortadan kalktığında kendiliğinden bu saldırganlık türü de ortadan kalkmaktadır. İyi saldırgan davranış türü zor durum oluştuğunda kendisini göstermektedir. Bu türün dışında ikinci saldırganlık türü 'zalim ve kötülüğe dayalı' saldırganlıktır. Bu sadece insan türüne ait bir davranıştır diğer canlılarda görülmemektedir. Saldırgan davranışlar hazla ilgilidir, canlının çevreye uyumuyla ilgili bir saldırganlık davranışı değildir. Burada esas olan şiddetin varlığıdır, davranışlarda bir amaç aranmamaktadır. Fromm'a göre saldırgan davranışlarla ilgili açıklamaların netlik kazanmamasının sebebi, bu iki saldırganlık türünün birbirinden ayrı ele alınmamasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple iyi saldırganlık davranışı, aktarılan doğuştan gelen bir davranış olmakla birlikte kötü saldırganlık türü ise, sonradan insanın öğrendiği davranıştır haz alma ön plandadır. Öğrenilen davranış türü kötü saldırganlık, doğuştan gelen iyi saldırganlık türünden daha güçlüdür. Yaşamsal alanda kötü saldırganlık öğrenilmiş davranışlarla zulüm ve kötülük olarak kendisini yaşam içinde daha fazla hissettirmektedir (Fromm, 1984).

1.5. DÜNYADA KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Kadına yönelik şiddet konusu, hem siyaset sahnesinde, hem de akademik çalışmalarda oldukça kısa bir tarihe sahiptir. İkinci dalga feminizm hareketinin Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve dünyanın diğer bazı bölgelerinde eş zamanlı olarak gelişmesiyle birlikte, 1960'ların sonunda sorunsallaştırılmaya başlanan "kadına yönelik şiddet" bugün çok yaygın ve dinamik bir araştırma, örgütlenme, yasal reform ve siyasi tartışma konusudur (Altınay ve Arat 2008). Kadına yönelik şiddetin, kadın hareketleriyle eşgüdümlü olarak dünyada yankı bulması, 1970'li yıllara denk gelmektedir. Bu yıllara gelmeden önce kadına yönelik şiddet, yalnızca aile ve yakın çevre dışındaki kişiler tarafından uygulanan tecavüz ile sınırlandırılmıştır (Dişsiz ve Şahin, 2008). Şiddetin bir sorun olarak gündeme gelmesi ilk olarak feminist kadınlar ile gerçekleşmiştir (Martin, 1981).

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 10 ülkede 24000'den fazla kadın ile yaptığı araştırmada; fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan kadın oranının, ülkeye göre %70,9 (Etiyopya) ile %15,4 (Japonya) arasında değiştiği görülmektedir. Eş/partner şiddetine uğrayan kadınların oranı %10-69 bulunurken, kadına yönelik fiziksel şiddetin en yaygın olduğu ülke %61,0 ile Peru, en az olduğu ülke ise %12,9 ile Japonya olduğu bulunmuştur. Fiziksel şiddetin en yaygın olduğu ülkeler sırasıyla Peru (61,0), Etiyopya (48,7), Tanzanya (46,7), Bangladeş (41,7), Samoa (40,5), Tayland (33,8), Brezilya (33,8), Namibya (30,6) ve Sırbistan Karadağ (22,8)'dır (Garcia-Moreno ve ark., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında, 80 üzerinde ülkeyi kapsayan çalışmasında, dünya genelinde her üç kadından birinin, yaşamı boyunca fiziksel veya cinsel şiddete uğradığı belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu çok uluslu çalışmasında elde ettiği veriler, çarpıcı sonuçlar da ortaya koymuştur. Buna göre fiziksel/cinsel şiddete uğramış olan kadınlarda, kürtaj, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol kullanımı ve depresyon 1,5-2 kat oranında artmış, premetüre doğum riski %41 artış göstermiştir (WHO, 2017).

1.6. TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin gündeme gelip konuşuluyor olması, 1980'li yılların ortalarına denk gelmektedir (Dişsiz ve Şahin, 2008). Buna rağmen Türkiye'deki kadınlar, maruz kaldıkları şiddeti konuşmaktan çekinmekle birlikte, kendilerini yaşadıkları şiddetin nedeni olarak görmektedirler. Şiddet mağduru

kadınlar, çoğunlukla aile içi şiddet yaşamakta ve bu durumu utandıkları için gizlemektedirler. Yaşadıkları şiddeti dile getirirlerse de toplumdan dışlanacaklarını düşünerek suskun kalmaktadırlar (Yüksel Oktay, 2015).

Ülkemizde kadına yönelik şiddet araştırmaları ise, 1990'lardan sonra daha ulusal bir boyut kazanarak nicel ve nitel bulgular sunarak yaygınlaşmıştır. Türkiye'de 2008 yılında gerçekleştirilen, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre; Türkiye'deki kadınların fiziksel şiddete maruz kalma oranı %39 bulunurken, kadınların %15'inin cinsel şiddete uğradığı bildirilmiştir. Bu araştırmada, Türkiye'de yaşayan kadınların %42'sinin iki şiddet türünden en az birini yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır ki bu sonuç kadınların fiziksel ve cinsel şiddeti bir arada yaşadığını göstermektedir (BKSGM, 2009). Arat ve Altınay tarafından 2008 yılında, 56 ilde 1800 evli kadın ile yapılan araştırma sonuçlarına göre; kadınların %34'ü hayatında en az bir kere fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Kadınların %14'ü ise istememelerine rağmen en az bir kere cinsel ilişkiye zorlanmışlardır (Altınay ve Arat, 2008). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2015 yılı Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre ise; yaşamının herhangi bir döneminde eşinden veya birlikte yaşadığı kişiden fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %35,5 iken, bu oran son 12 ay için %8,2 olarak bulunmuştur. Yakın ilişkide oldukları erkekler dışındaki kişilerin fiziksel şiddetine maruz kaldığını belirten kadınların oranı ise %14'tür (Yüksel Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015). Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada, şu an ve geçmişte gebelik öyküsü olan kadınların şiddete uğrama durumları sorgulanmış ve %81,82 gibi yüksek bir oran bulunmuştur (Ayrancı ve ark., 2002).

Türkiye genelindeki kadınları kapsayan araştırma sonuçlarına göre, kadınların %40'ı eşi/ partneri tarafından fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2016 raporuna göre; ülkemizdeki kadınların, fiziksel şiddete yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kalma oranları %36 iken bu oran son bir yıl içinde %8'dir. Aynı raporda, evli kadınların yaşamının herhangi bir döneminde, cinsel şiddete uğrama oranı %12 iken, bu oranın son bir yıl içinde %5 olduğu bildirilmiştir. Son bir yıl içinde, Türkiye'deki kadınların, ekonomik şiddete maruz kalma oranı ise %25 olarak bildirilmiştir. Kadının çalışmasına izin vermemek ve çalıştığı işten ayırmaya zorlamak, erkeğin kadına uyguladığı ekonomik şiddetin belirtilen en yaygın şekli olarak ifade edilmiştir (KSGM, 2016). Eğitim seviyesi düşük

ve kırsal kesimde yaşayan kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 yılı Raporunda yer almıştır (KSGM,2014).

1.7. KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN KADIN VE TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Sağlık hizmetleri, hiçbir ayrım gözetmeksizin her birey için ulaşılabilir ve elde edilmesi kolay olmalıdır. Bu, insanın en temel haklarından biridir (Öztürk ve ark., 2016). Birçok toplumda, sağlık hizmetlerine ulaşmada kadınlar geri planda kalmakta, uğradıkları şiddet sonucu, ölümcül sonuçlar doğurabilen ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum, mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olarak, toplumun sağlık standartlarını geriye çekmektedir. Dolayısıyla kadına yönelik şiddet, maruziyet yaşayan kadınların, fiziksel ve ruhsal yönden sağlığının bozulmasına bağlı olarak, bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Duman ve ark., 2016).

Kadına yönelik şiddet, ölümlerin yanında kronik sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Yetersiz beslenme, madde bağımlılığı, organ travmaları, kronik ağrılar, geçici ve kalıcı çeşitli hastalıklar ile korunmadan cinsel ilişkiye girme sonucu, HIV/AIDS gibi hastalıkların yaygınlaşmasına sebep olabilmektedir. Bunun yanında şiddet, kadında pelvik inflamatuar hastalıklar, düşükler, düşük ağırlıklı çocuk doğumları, anne ölümleri gibi jinekolojik ve obstetrik problemlerin yanında, kadını intihara kadar götüren ciddi psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir. Ayrıca kadına yönelik şiddet, kadının mesleki ve kariyer yaşamını olumsuz etkileyerek, onu yoksulluğa ve ekonomik bağımsızlığını kaybetmeye itmektedir (Kartal,2009; Er, 2013).

Kadına yönelik aile içi şiddetten en fazla etkilenenlerden biri de şüphesiz çocuklar olmaktadır. Şiddet yaşanan ailedeki çocuk, şiddete yakın tanıklık etmesinden dolayı ruhsal olarak etkilenmekte, annesinin zarar görmesine engel olmak için müdahalede bulunurken yaralanabilmekte ve hatta bunun sonucunda ölüme kadar varan ciddi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Öztürk ve ark., 2016). Bunun yanında şiddet, psikolojik süreçler ile nesilden nesile aktarılmak suretiyle de, şiddet gören çocuk tarafından tekrarlanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda; çocukluk döneminde şiddete dair olumsuz deneyimleri olan erkeklerin, yetişkinliklerinde de ruhsal problemler yaşadığı ve bu problemlerden eşine şiddet uygulayarak kurtulmaya

çalıştığı bildirilmiştir (Afşar, 2015). Bu yönüyle de kadına yönelik şiddet, toplumun geleceğini etkilemek suretiyle, toplum sağlığına da kalıcı zararlar vermektedir.

1.8. HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDA ROL VE SORUMLULUKLARI

Kadına yönelik şiddet, kadının beden ve ruh sağlığını tehdit eden, ekonomik ve sosyal açıdan gelişimini engelleyen küresel anlamda bir halk sağlığı sorunudur (Kara ve ark., 2018). Sağlık profesyonellerinin, şiddet mağduru kadına ve hatta şiddet uygulayana karşı önleyici, tedavi edici ve destekleyici girişimleri, şiddete karşı etkin çözümler üretmede ve zararı azaltmada oldukça önem arz etmektedir (Aktaş ve ark., 2019). Birincil hedefi, sağlığın korunup geliştirilmesi olan hemşire ve ebelere, şiddete karşı farkındalık oluşturmada da önemli görevler düşmektedir. Hemşire ve ebelerin, riskli grupları belirleyip bu yönde önlem ve tedbirler alması, erken tanılamayla mümkün olacaktır. Şiddete karşı oluşturulacak güvenlik planları, yardım ve desteğe kolay erişim ile yerinde müdahale ve şiddetin neden olduğu risklerden korunmada hemşire ve ebeler kilit rol üstlenebilirler (Doran ve Hutchinson, 2017; Aktaş ve ark., 2019).

Şiddet, birey üzerinde fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerine yol açması nedeniyle bir halk sağlığı sorunu, aynı zamanda da bir toplum sağlığı sorunudur (Jansen ve ark. 2004; Garcia Moreno ve ark. 2006; Öztürk ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü de (WHO), kadına yönelik şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğunu 1996 yılında deklare etmiştir. Şiddet mağduru kadınların, öncelikle başvurdukları kurumların sağlık kuruluşları olması, ilk olarak da sağlık çalışanlarıyla (özellikle hemşire, ebe ve hekimler) karşılaşmaları, şiddete karşı tedbir alma ve eyleme geçmede sağlık çalışanlarına yüklenen sorumluluğun önemini göstermektedir (Öztürk ve ark., 2016). Şiddete uğrayan kadının ilk başvuracağı kurumlar birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları olması sebebiyle, özellikle birinci basamakta önemsenmeyip göz ardı edilen her şiddet vakası, kronik bir hal almakta ve bunun sonucunda da daha ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Duman ve ark., 2016).

Kadına yönelik şiddet ile ilgili olarak ülkemiz sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen araştırmalar göstermektedir ki, sağlık çalışanları, aile içi şiddet vakaları karşısında, tanılama ve müdahalede bulunmada geri planda kalmayı tercih etmektedirler (Akın, 2008; Duman ve ark., 2016). Sağlık çalışanlarının bu konudaki

isteksiz tutumlarının, aile içi şiddet ile ilgili önyargı ve geleneksel toplum görüşleriyle bağlantılı olduğuna dair veriler vardır. Hatta, sağlık çalışanlarının bazılarının, kadının şiddeti hak ettiği ve şiddetin haklı nedenlerle gerçekleştiği yönündeki ifadeleri oldukça düşündürücüdür (Salaçin, 2003;Yanıkkerem ve ark., 2006; Yazıcı ve Mamuk, 2010). Dahası şiddete uğrayan kadına bakım veren sağlık personelinin, kendileri de şiddete uğrayabilmektedirler. Hemşireler, aile içi şiddete karşı, mesleki anlamda sorumluluk üstlenmelerinin mümkün olmadığını, mesleki statülerinin şiddete müdahalede yetersiz olduğunu düşünebilmektedirler (Gömbül, 2000). Oysa ki hemşire ve ebeler, aile ve toplum sağlığının korunup geliştirilmesi, gerektiğinde de rehabilite edilmesi sorumluluklarının gereği olarak, kadına yönelik şiddet konusunda eğitim, savunuculuk, danışmanlık ve aynı zamanda bakım rollerini üstlenmek zorundadırlar (Dağlar ve ark., 2017). Şiddet nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadınların, hemşireler tarafından danışmanlık ve tedavilerinde sorumluluk alınma sıklıkları sırası ile %33 ve %45,3 olarak tespit edilmiştir (Haggblom ve Möller, 2005). Birçok araştırma, hemşirelerin şiddet mağduru kadınlara müdahalede nasıl bir tutum içerisinde olmaları ve mağdurlara nasıl yaklaşabilecekleri konusunda yetersiz olduklarını işaret etmektedir (Haggblom ve Möller, 2005; Baysan, 2006; Ramsay ve ark., 2012).

Sağlık sektöründe şiddete yönelik tarama ve müdahalenin önemi açıktır ve bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2013), sağlık departmanındaki tüm profesyonellerin uygun şekilde şiddeti anlama ve hareket etme konusunda eğitilmesini önermektedir. Bu önerilere rağmen, sağlık uzmanları arasında yetersiz eğitim (Salcedo-Barrientos ve ark., 2014) ve profesyonellerin tutumları ve inançları gibi nedenlerle şiddeti tespit zorlukları devam etmektedir (Tufts ve ark., 2009; Robinson ve Stereotypes., 2010). Şiddetin erken dönemlerini tespit etmek ve multidisipliner eylemler için yardım stratejileri geliştirmek bu sorunla mücadelede uygulanması gerekli olan yoldur (Rigol-Cuadra ve ark., 2015).

Bununla birlikte, özellikle hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları ilk temas noktalarını teşkil etmelerinden ötürü, şiddetin kadın kurbanlarını tespit etmek ve onlara yardım etmek için ayrıcalıklı bir konumdadırlar (Arredondo-Provecho ve ark., 2008). Bu konum itibariyle de, alternatif arayışı içerisinde olan şiddet mağduru kadınlara yardım ve destek sağlayabilirler. Buna rağmen çalışmalar hemşirelerin şiddetin tespiti, müdahalesi, ilgili sürecin harekete geçirilmesi, bu sürecin takibi vb

başlıklar altında her zaman destek sağlamaya kendilerini hazır hissetmediklerini göstermektedir (Rigol Cuadro ve ark., 2015). Bilgi ve beceri eksikliği, hemşirelerin yalnızca fiziksel bakıma odaklanmasını ve kapsamlı bakım sağlamayı göz önünde bulundurmamasına neden olmaktadır (Robinson ve Stereotypes., 2010).

Hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan kadına danışmanlık yapma ve gerekli tıbbi bakımı verme konusunda sorumluluk sahibi olmak zorundadırlar (Dişsiz ve Hotun Şahin, 2008). Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne (ICN) göre; aile içi şiddetin azaltılıp önlenmesinde sağlık çalışanları birinci derecede sorumludurlar. Buna rağmen, üreme sağlığı, ana çocuk sağlığı, prenatal ve postnatal tıbbi bakım hizmetleri gibi önemli sağlık hizmetleri sunan hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının, bu konudaki eğitimleri ve buna paralel uygulamaları yetersizdir (ICN, 2001 Raporu).

Literatürde sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti önlemedeki tartışılmaz rol ve sorumluluklarına dikkat çekmeyi hedefleyen birçok çalışma yer almaktadır. Bu yüzyılın başlarından itibaren artış gösteren ve özellikle hemşire ve ebeleri kapsayan bu çalışmalar, şiddeti tanıma ve önlemeye yönelik müdahalede bulunma bilgi ve becerisine, halen ulaşılamadığını göstermektedir. Toplumsal ve küresel büyük ve acil bir sorun olan kadına yönelik şiddetin önlenmesinde en önemli yollardan birisi, şiddeti ilk tanılayacak olan meslek mensuplarının, mezuniyet öncesi ve sonrasında konu kapsamında bilgilerinin güncel tutulması ve desteklenmesidir. Dolayısıyla hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile diğer sağlık bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler hedef kitle olmalıdır. Kadına yönelik şiddet konusunda, Kaplan ve ark. (2014), Tambağ ve Turan (2015) ile Sabancıoğulları ve ark.'nın (2016) hemşirelik öğrencileriyle yapmış oldukları çalışma sonuçları, öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin rol ve sorumluluklarının farkında olmadıklarını ve şiddeti sağlık ile ilişkilendirmediklerini göstermiştir. Hemşirelik öğrencileri, şiddete müdahalede yapabileceklerini, fiziksel yönden zarar gören bireye sağlık bakımı uygulamakla sınırlandırmakta, önlemeye yönelik aşamalarda etkin olamayacaklarını düşünmektedirler (Natan ve ark., 2016). Doran ve Hutchinson'un (2017) çalışmasında, Avustralya'da bir üniversitede lisans eğitimi alan Hemşirelik öğrencilerinin, aile içi kadına yönelik şiddeti tanıyamadıkları gösterilmiştir. Dahası bu öğrencilerin çoğunun kadın erkek ilişkilerinde, şiddetin haklı yönleri olabileceğini düşündükleri ve bu tarz şiddet durumlarının yaşanmasını normal olarak değerlendirdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin çoğunun aile içi şiddet konusunda eğitim almadığı, hizmet içi eğitim almış olanların ise, şiddet mağduru kadına müdahalede yetersiz kaldığı bilinmektedir. Bu konuda hemşirelerin en büyük engelleri geleneksel tutumları ve resmi kurumlar ile işbirliği eksikliğidir (Häggblom ve ark., 2005). Erkek öğrencilerde, daha fazla oranda olmakla birlikte, öğrencilerin çoğunun toplumsal cinsiyete dair, geleneksel görüşü benimsedikleri bilinmektedir (Karabulutlu'nun 2015). Hemşirelik öğrencilerinde kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi düzeyi yaş, sınıf düzeyi ve şiddete ilişkin eğitim alma durumları gibi bazı sosyodemogafik ve eğitimsel faktörler ile doğru orantılı olarak artmaktadır Diğer yandan hemşirelik öğrencilerinin kendilerinin de şiddeti yaşamış veya tanık olmuş olma olasıkları her daim mevcuttur. Bu sıklık erkek öğrenciler için % 17.4, kız öğrenciler için ise %18.4 olarak verilmiştir (Akgün ve Şahin, 2017). Bu kanıtlar, hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve uygun becerileri eğitim sırasında edinmeleri gerektiğine işaret eder. Sağlık eğitimindeki müfredat eksiklikleri göz önüne alındığında bazı otoriteler, tutarlı uygulamalar geliştirmek ve şiddete görünürlük kazandırmak amacıyla, hemşirelik eğitim müfredatına, şiddet eğitimini dahil etme ihtiyacını desteklemektedir (Rigol-Cuadra ve ark., 2015).

Ülkemizde ve dünyada, hemşirelik ve ebelik öğrencilerini kadına yönelik şiddet bilinci kapsamında değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, şiddet eğitimi müfredatına yön verebilecek kanıtlar teşkil edebilirler. Bilinen çalışmaların tamamına yakını, ebelik öğrencilerinin, şiddeti tanıma ve şiddete karşı tutum geliştirmede yetersizliğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, lisans eğitiminde şiddet konusunun müfredata dahil edilmesinin önemi, çalışmalarda vurgulanmaktadır. Buna rağmen, yeni çalışmalar ve bizim çalışmamızda elde etmiş olduğumuz sonuçlar, konunun tam olarak öneminin kavranmadığını gösterir niteliktedir. Akademisyenlerin bu konuyu ne denli ciddi bir sağlık problemi gördükleri de araştırmaya açık bir konudur.

Geliştirilebilir sağlık hedefleri kapsamında, kadına yönelik şiddet eğitiminin, lisans müfredatına tam olarak entegrasyonu ve kanıtlar doğrultusunda güncellenmesi uygun bir yaklaşım olabilir. Bu düşünce doğrultusunda ve literatüre konu kapsamında güncel veriler ve bulgular aktarabilmek için planlanmış olan bu çalışma, hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti tanıma yönünde bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. MATERYAL VE METOD

2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu araştırma, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet olgusunu tanımalarına yönelik bilgi düzeylerini, tespit etmek amacıyla, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet olgusunu tanımalarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

2.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; İstanbul İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yapılmıştır. Üniversitenin hemşirelik ve ebelik bölümlerinde öğrenimlerine devam etmekte olan öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma, 01 Aralık 2018-28 Şubat 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinin 1., 2., ve 3. sınıflarında eğitimine devam eden 364 öğrenci oluşturmaktadır. Üniversitenin araştırmanın yapıldığı tarihten üç yıl önce eğitim faaliyetine geçmesinden dolayı, araştırmanın yapıldığı tarihlerde 4. sınıfta öğrenim gören öğrenci bulunmamaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Verilerin toplandığı tarihlerde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 345 öğrenciye ulaşılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmamıza dahil edilme kriterleri:

- ✓ Üniversitenin hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencisi olan,
- ✓ 18-30 yaş grubunda olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- ✓ İletişim problemi olmayan,
- ✓ Türkçe konuşabilen öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmaya katılacak öğrencilere araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş sosyo-demografik özelliklerin ve kadına yönelik şiddeti tanımalarına yönelik soruların yer aldığı veri toplama formu ile "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek" uygulanmıştır.

2.6.1. Sosyo-Demografik Anket Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden faydalanılarak oluşturulmuş bu form 17 soru içeren 2 bölümden oluşmaktadır (BKSGM/ Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı; Polat, 2016; Yılmaz ve Öz, 2017; Aktepe ve Meltem, 2017).

2.6.1.1. Sosyo-demografik bilgiler

Bu bölümde, öğrencinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge, öğrenim gördüğü sınıf, aile tipi, ailesinin gelir durumu, anne ve baba eğitim düzeyleri ile kendisi dahil olmak üzere ailedeki çocuk sayısı sorgulanmıştır.

2.6.1.2. Kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgiler

Bu bölümde öğrencilere; Aile ve yakın çevresinde şiddete tanık olma durumu, kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumu, kadına yönelik şiddet konusunda bilgisinin yeterli olup olmadığını düşünme algısı, kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi kaynakları, kadına yönelik şiddet konusundaki eğitim ve/veya bilimsel programların yeterliliğine ilişkin görüşleri, kadına yönelik şiddet eğitimi ve danışmanlığının lisans eğitiminde yer almasını isteme durumu sorulmuştur. Anketin son bölümünde ise, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, kadına yönelik fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet türlerini içeren ifadelerden oluşan "*Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgisi Değerlendirme Testi"* adı altında, bir değerlendirme tablosu oluşturulmuştur. Toplam 10 maddeden oluşan tabloda, her bir seçenek, farklı türden şiddet unsurunu tanımlamakta olup, katılımcının işaretlemesi, o maddeyi bir şiddet türü olarak bildiğini göstermektedir. İşaretlenen her bir seçenek "1" puan, işaretlenmeyen seçenekler ise "0" puan olarak değerlendirilmiştir. 10 sorudan oluşan "*Hemşirelik ve Ebelik*

Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgisi Değerlendirme Testi" testi için, Crohnbach's alfa testi uygulanmış olup, bu sonuç 0.952 bulunmuştur.

2.6.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek

Ölçek, hemşire ve ebelerin (bireylerin) kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla Baysan-Arabacı ve Karadağlı (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek madde havuzunda toplam 31 soru bulunmaktadır. Ölçeğin, Baysan ve Karadağlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,76 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, *"Fiziksel Belirtiler"* ve *"Duygusal Belirtiler"* olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçek, "doğru" ve "yanlış" şeklinde ikili olarak hazırlanmıştır. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28,29. maddeler) "doğru" seçeneğine "1" puan, yanlış seçeneğine "0" puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31. maddeler) tam tersi bir puanlama ("doğru" seçeneğine "0" puan, "yanlış seçeneğine" "1" puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "31", en düşük puan "0"dır.Ölçek alt boyutlarından Fiziksel Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan "13 en düşük puan "0" dır. Duygusal Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan ise "18, en düşük puan "0" dır. Düşük puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda Chronbach's Alpha katsayısı 0,71 bulunmuştur.

2.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

İstinye Üniversitesi'nden gerekli etik kurul onayları alınmasını takiben, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik ve ebelik bölümlerinde öğrenim gören 1, 2 ve 3. sınıf öğrencilerine (araştırmanın yapıldığı tarihlerde 4. Sınıfta öğrenim gören öğrenci bulunmamakta), birebir görüşme yöntemiyle, gerekli bilgi verilip sözlü onamları alınmıştır. Ardından araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı veri toplama formu ile Baysan-Arabacı ve Karadağlı (2006) tarafından geliştirilmiş "*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek*" dağıtılmış, sonrasında kontrolü yapılıp geri toplanmıştır

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemlerinden ortalama, standart sapma, yüzde değerler, Chronbach's Alpha, normallik dağılımı; grupların karşılaştırılmasında ikili gruplar için bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla gruplar için ANOVA testi, parametrik olmayan grupların karşılaştırılmasında pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Araştırma verilerinin normal dağıldığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

2.9. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın kısıtlılıkları, çalışmanın yapıldığı dönemde dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin bulunmaması ve çalışmanın sadece bir üniversitede eğitim gören öğrencilerden elde edilen verilerden oluşmasıdır. Bu nedenle elde edilen sonuçların geneli kapsamaması en önemli kısıtlılıktır.

2.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için, İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 08.11.2018 tarih ve 2018/03 nolu etik kurul onayı (EK.C) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerine uygulanacak anket ve ölçek için hemşirelik ve ebelik bölümü başkanlarından yazılı onam, anket uygulaması öncesinde öğrencilere araştırmanın önemi anlatılarak sözlü onamları alınmıştır. Kullanılmış olan veri toplama araçlarından Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (EK-B) kullanımı için Leyla Baysan Arabacı'dan e-posta aracılığı ile izin (EK-D) alınmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 3.1. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik karakteristiklerinin dağılımları (n=345)

Karakteristik	**Değişkenler**	n	%
Yaş	18-20	205	59.4
	21-30	140	40.6
Cinsiyet	Kadın	318	92.2
	Erkek	27	7.8
Medeni Durum	Bekâr	338	98.0
	Evli	7	2.0
En Uzun Yaşadığı Bölge	Batı Anadolu	72	20.8
	Karadeniz	109	31.6
	Güneydoğu Anadolu	53	15.4
	Doğu Anadolu	46	13.3
	Akdeniz	20	5.8
	İç Anadolu	45	13.0
Sınıf	1	115	33.3
	2	114	33.0
	3	116	33.6
Aile Tipi	Çekirdek	266	77.1
	Geniş	67	19.4
	Tek ebeveynli	9	2.6
	Diğer (Anne Babadan Ayrı Yaşayan)	3	0.9
Gelir Durumu Algısı	Geliri Giderinden Az	38	11.0
	Geliri Giderini Karşılıyor	288	83.5
	Geliri Giderinden Fazla	19	5.5

Tablo 3.1. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik karakteristiklerinin dağılımları (devamı)

Anne Eğitimi	Okuryazar değil	38	11.0
	İlkokul	154	44.6
	Ortaokul	73	21.2
	Lise	50	14.5
	Üniversite	30	8.7
Baba Eğitimi	Okuryazar değil	5	1.4
	İlkokul	130	37.7
	Ortaokul	89	25.8
	Lise	82	23.8
	Üniversite	39	11.3
Ailedeki Toplam Çocuk Sayısı (Kendisi Dâhil)	1-3	237	68.7
	4-6	83	24.1
	7 ve üzeri	25	7.2

Tablo 3.1'de hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin, sosyo-demografik karakteristiklerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %59.4'ü (n=205) 18-20 yaş arasındadır ve büyük çoğunluğu kadındır (%92.2; n=318). Tamamına yakınının (%98; n=338) medeni durumu bekârdır. Büyük çoğunluğunun en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge Karadeniz (%31; n=109) olup, uzun süre yaşama oranı en düşük bölge Akdeniz'dir (%5.8; n=20). Öğrencilerin büyük çoğunluğu çekirdek aileye mensup (%77; n=266) ve ekonomik olarak orta gelir seviyesindedir (%83.5; n=288).

Öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeyi çoğunlukla ilköğretimdir (sırası ile (%44.6, n=154; %3.7, n=130). Öğrencilerin %68.7'sinin (n=237) kendileri de dâhil olmak üzere ailelerindeki çocuk sayısı 1-3'tür.

Tablo 3.2. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti tanıma bilgisi değerlendirme testi

Faktörler	Doğru Bilen Sayısı	%
İtip kakmak, tokatlamak, tekmelemek, yumruklamak, hırpalamak, saçını çekmek, tartaklamak, kolunu bükmek, boğazını sıkmak, bağlamak, sert bir cisim fırlatmak, vb.	345	100.00
Sağlık hizmetlerinden yararlanmasına engel olmak suretiyle bedenine zarar vermek	290	84.06
Sağlıksız koşullarda yaşamaya mecbur bırakmak	291	84.35
Sıkıştırmak, bir yere kilitlemek, tehlikeli bir yerde yalnız bırakmak, korktuğu bir şeyle baş başa bırakmak	283	82.03
Sözle (cinsel içerikli şakalara, tekliflere, cinsel içerikli görsellere, sözel hareketlere maruz bırakmak) veya fiziksel (teşhircilik yapmak, pornografik görüntüler izlemeye zorlamak) yolla taciz etmek	311	90.14
Kadın bedenini ve cinselliğini aşağılayacak şekilde konuşmak	310	89.86
Dijital ortamda cinsel içerikli fotoğraf, video, mesaj göndermek	288	83.48
Erken yaşta ve zorla evlendirilmek	288	83.48
Çalışmasına izin vermemek/engel olmak	272	78.84
İş hayatını olumsuz engelleyecek kısıtlamalar getirmek (iş gezilerine, toplantılara, kurslara katılmasına engel olmak)	281	81.45

Tablo 3.2'de öğrencilerin kadına yönelik şiddeti içeren ifadeleri "doğru tanıma" sıklıkları verilmiştir. Öğrencilerin tamamının (n=345), fiziksel şiddeti ifade eden "*İtip kakmak, tokatlamak, tekmelemek, yumruklamak, hırpalamak, saçını çekmek, tartaklamak, kolunu bükmek, boğazını sıkmak, bağlamak, sert bir cisim fırlatmak vb"* ifadesini bir şiddet unsuru olarak kabul ettiği görülmüştür. Öğrencilerin, en az olarak ise *(n=272; %78.84)* "*Çalışmasına izin vermemek/engel olmak"* ekonomik şiddet ifadesini bir şiddet unsuru olarak tanımladıkları görülmüştür.

Öğrencilerin %78.8'i, kadına yönelik şiddeti tanımlayan 10 şiddet ifadesinin hepsini şiddet unsuru olarak doğru tanımlamıştır. Öğrencilerin %3.2'si ise 10 şiddet ifadesinden sadece iki ifadeyi şiddet kapsamında değerlendirmiştir (Tablo 3.3). Bu şiddet ifadelerini doğru tanımaya yönelik puanlamadan öğrencilerin elde ettiği ortalama puan, 8.58±2.78'dir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3: Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti tanıma bilgilerine ilişkin puan sıklıkları

Alınan Puan	N	%
2	11	3.2
3	44	12.8
4	7	2.0
5	9	2.6
6	2	0.6
10	272	78.8

**Ortalama (SD): 8.58 (2.78)*

Tablo 3.4. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ile HEKYŞBTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

n=345	n	Toplam Ort.+SS.	p	Fiziksel Ort.+SS.	p	Duygusal Ort.+SS.	P
	345	**18.37±2.52**		**7.76±1.31**		**11.09±2.08**	
Yaş							
18-20	205	18.4±2.16	t=1,075	7.8±1.2	t=1.922	11.06±1.81	t=0.301
21-30	140	18.1±2.96	p=0.284	7.5±1.44	p=0.56	11.14±1.76	p=0.764
Cinsiyet							
Kadın	318	18.4±2.48	t:0.944	7,79±1,31	t=1.312	11,1±2.01	t=0,241
Erkek	27	17.93±2	p:0.346	7.44±1.25	p=0.19	11±2.77	p=0.809
Medeni Durum							
Bekar	338	18.42±2.49	t=2.844	7.78±1.32	t=10.827	11.14±2.04	t=3.1
Evli	7	15.71±2.56	p=0.053	7±0.1	***p<0.001***	8,71±2.56	***p=0.02***
Sınıf							
1	115	18.44±1.98	F:0.094 p:0.91	7.9±1.16	F:7,930 ***p<0.001***	10.9±1.73	F:7,319 ***p:0.001***
2	114	18.35±2		8.01±0.99		10.7±1.89	
3	116	18.3±3.32		7.38±1.61		11.67±2.42	

Tablo 3.4. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ile HEKYŞBTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı)

n=345	n	Toplam Ort.+SS.	p	Fiziksel Ort.+SS.	p	Duygusal Ort.+SS.	P
En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölge							
Batı Anadolu	72	1.60±2.94		7.94±1.26		11.15±2.52	
Karadeniz	109	18.31±2.5	F=0.552	7.86±1.31	F=1.566	11,01±1.92	F=1.648
Doğu Anadolu	99	18.33±2.69	***p=0.698***	7.49±.,48	**p=0.183**	11.34±2.23	***p=0.168***
Akdeniz	20	18.8±1.47		7.75±1.2		11,5±1.31	
İç Anadolu	45	18±1.66		7.82±0.96		10,47±1.37	
Aile Tipi							
Çekirdek	266	18.52±2.42		7,88±1.32		11.17±2,07	
Geniş	67	17.73±2.93		7,34±1.25		10.76±2.18	
Tek Ebeveynli	9	18.22±1.39	F=1.849	7,33±0.86	F=3.410	11.44±1.58	F=0.765
Diğer (Anne Babadan Ayrı Yaşayan)	3	19±0.01	p=0.91	8±0.01	***p=0.018***	11±0,001	p=0.515
Aile Geliri							
Geliri Giderinden Az	38	17.42±2.81		7.71±1.29		10.47±2.62	
Geliri Giderini Karşılıyor	288	18.46±2.51	F=3.253	7.8±1.32	F=1.241	11.12±1.98	F=3.174
Geliri Giderinden Fazla	19	18.84±1.21	***p=0.04***	7.32±1.15	p=0.29	11.89±1.91	***p=0.043***
Anne Eğitimi							
Yok	38	18.55±2.21		8.03±1.12		10.86±2.21	
İlkokul	154	18.32±2.88		7.66±1.33		11.24±2.28	
Orta Okul	73	18.29±2.5	F=1.017	7.74±1,48	F=1.266	10.94±1.46	F=0.795
Lise	50	18.02±2.05	p=0.399	7.68±1.03	p=0.283	10,82±2.1	p=0.53
Üniversite	30	19.13±1.25		8.13±1.38		11.4±2.02	
Baba Eğitimi							
Yok	5	19.4±0.548		7.6±0.548		11.8±1.09	
İlkokul	130	18.11±2.91		7.69±1.36		10.86±2.23	
Orta Okul	89	18.45±1.98	F=2.274	7.65±1.16	F=4.326	11.31±1.89	F=0.817
Lise	82	18.93±2.27	p=0.061	8.23±1.18	***p=0.002***	11.18±1.84	p=0.515
Üniversite	39	17.72±2.6		7.28±1.52		11.05±2.43	

F: ANOVA testi t: Bağımsız değişkenler t testi

Tablo 3.4'de hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin, HEKYŞBTÖ ile karşılaştırılması verilmiştir. Öğrencilerin medeni durumları ile HEKYŞBTÖ fiziksel ve duygusal şiddet alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bekârlarda, fiziksel ve duygusal alt ölçek puan ortalamaları anlamlı yüksektir (sırası ile $p<0.001$ ve $p=0.02$). En uzun süre

yaşanılan coğrafi bölge ile HEKYŞBTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur. Öğrencilerin sınıf seviyelerine göre incelemede, HEKYŞBTÖ duygusal ve fiziksel alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark görülmüş olup, 3.sınıflarda duygusal alt ölçek ortalaması anlamlı yüksek (p=0.001), fiziksel alt ölçek puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p<0.001).

Aile tipleri incelendiğinde, HEKYŞBTÖ fiziksel alt ölçek puan ortalaması açısından anlamlı fark mevcuttur. Geniş ve tek ebeveynli ailelerde HEKYŞBTÖ fiziksel alt ölçek puan ortalaması, çekirdek aileye sahip öğrencilerden ve ebeveynlerinden ayrı yaşayan öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p=0,018).

Aile gelirleri incelendiğinde, HEKYŞBTÖ toplam puan ve duygusal alt ölçek puan ortalaması açısından anlamlı fark mevcuttur. Düşük gelirli ailelerde, HEKYŞBTÖ toplam puan ve duygusal alt ölçek puan ortalaması orta ve yüksek gelirli ailelere göre düşüktür (sırası ile p=0.04 ve p=0.043).

Baba eğitimi ile HEKYŞBTÖ fiziksel alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı fark mevcuttur. Baba eğitimi lise olanlarda fiziksel alt ölçek puan ortalaması ilk ve yükseköğretimden anlamlı yüksektir. Anne eğitimi ile HEKYŞBTÖ ölçek puanları arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0.002).

Çalışmada yer alan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %93,3'ünün (n=322), kadına yönelik şiddet eğitimi-danışmanlığının lisans eğitiminde yer almasını istediği tespit edilmiştir.

İki yönlü Pearson korelasyon analizine göre; "*Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgi Puanları*" ile "*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek"* puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=0.786; p<0.001). Öğrencilerin bilgi puanlamasından aldıkları puan arttıkça, HEKYŞBTÖ ölçek skorlarında artış olduğu görülmektedir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, bir vakıf üniversitesinde, hemşirelik ve ebelik bölümlerinde öğrenim gören ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan 345 öğrencinin, bölümler arası fark gözetmeksizin, sosyo-demografik özellikleri ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma yönünde bilgi düzeyleri arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Hemşire ve ebelik öğrencilerinin eğitimleri sürecinde, kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek, bu konu kapsamında eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesinde büyük önem arz etmektedir. Gerek günlük yaşantımızda, gerekse haber kaynaklarında sıkça karşılaşır olduğumuz şiddet, hizmet sektörünün önemli bir üyesi olan sağlık personelinin sıklıkla karşılaştığı bir halk ve toplum sağlığı sorunu halini almıştır (Kingma, 2001). Hemşire ve ebelerin, şiddetin belirtilerini tanımadan, şiddete uğramış bir kadını fark edip, etkili bakım uygulayabilmeleri mümkün değildir (Süt ve Akyüz, 2014). Bu nedenle, hemşire ve ebelerin eğitiminde, kadına yönelik şiddeti tanıma yönünde bilgi düzeylerinin tespit edilip bu amaç doğrultusunda, eğitim müfredatının oluşturulması oldukça önemlidir. Bu gerçek üzerinden yola çıkılarak planlanmış ve uygulanmış olan çalışmamızda, Arabacı ve Karadağlı tarafından geliştirilen HEKYŞBTÖ ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekten elde edilen yüksek puanlar, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyinin, yeterli olduğunu göstermektedir. Literatürde, bu ölçek vasıtası ile ülkemizin farklı coğrafi bölgelerinde, sağlık çalışanları (hemşire, ebe, doktor) ve öğrencilerin, kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeylerinin değerlendirildiği araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmamızın ve aynı ölçek ile gerçekleştirilen sözü edilen literatürdeki çalışmaların ortak bulgusu, çalışma popülasyonlarında, kadına yönelik şiddetin tanınmasına ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu yönündedir. Şener ve Uncu'nun (2017), hemşire ve ebelerle yapmış olduğu çalışmada, HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 19,06±3,68, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8,07±1,68, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10,99±2.66'dır. Tambağ ve Turan (2015), hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasını 17.79±3.54 olarak vermişlerdir. Ortalama fiziksel belirtiler alt boyut puanları 7.47±1.79 ve ortalama duygusal belirtiler alt boyut puanları ise 10.33±2.532'dir. Sarıbıyık'ın (2012) ASM'lerde çalışan hemşire, ebe ve hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmasında, HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 18,6±3,7'dir.Yayla'nın (2009)

çalışmasında ise hemşire ve hekimlerin HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 18.83±3.38 olarak saptanmıştır. Hemşire, hekim ve ebelerle yapılan bir diğer çalışmada da, katılımcıların HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasının 19.06±3.68, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 8.07±1.68, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 10.99±2.66 olduğu bulunmuştur (Kara ve ark., 2018). Pınar ve Sabancıoğulları (2019), hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yine aynı ölçek aracılığı ile benzer bir çalışma gerçekleştirmiştir. Toplam puan ortalamaları 18.11±3.18, fiziksel puan ortalamaları 7.40±1.68 ve duygusal puan ortalamaları ise 10.71±2.29'dur. Gürkan (2020) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerini deney ile kontrol grubu olarak iki gruba ayırmış ve deney grubuna kadına yönelik şiddet konusunda toplam 28 saatlik eğitim uygulamıştır. Eğitim öncesi dönemde, deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin HEKYŞBTÖ toplam ve fiziksel/duygusal alt boyut ortalama skorları benzerdir (sırası ile 21/8,5/13 ve 21/8/12). Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin ölçek genelinden aldıkları ortalama puan 18,37±2,51 (minimum:10, maksimum:25) fiziksel belirtiler alt boyutundan aldıkları ortalama puan 7,76±1,31 (minimum:4 maksimum:11) ve duygusal belirtiler alt boyutundan aldıkları ortalama puan 11,09±2,07'dir (minimum:5, maksimum:17). Çalışmamız, literatürün çoğunluğu ile benzer puan ortalamalarına, dolayısıyla kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeyinin yetersizliğine işaret etmektedir. Gürkan'ın (2020) çalışmasında, toplam HEKYŞBTÖ puan ortalaması, literatürdeki diğer çalışmalar ve bizim çalışmamızdan 2-3 puan daha yüksektir ve bu yüksekliğin duygusal alt boyuttan kaynaklı olduğu görünmektedir. Bununla birlikte, tüm bu çalışmalarda gerek öğrencilerde, gerekse çalışan hemşire, ebe ve doktorlarda, kadına yönelik şiddetin tanınmasında ortak bir yetersizlik görülmektedir. İleriki yıllarda sağlık hizmetini icra edecek olan sağlık personelleri, günümüzün öğrencilerinden oluşacağından, özellikle lisans eğitiminde kadına şiddet konusuna ağırlık verilmesi önemlidir. Bunun yanında, hizmet içi eğitim kapsamında da, çalışan sağlık personellerinin konuya ilişkin dikkatleri her zaman canlı tutulmalı ve bilgileri tazelenmelidir.

Hem Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2013), hem de Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN, 2001), hemşirelerin, sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlardaki şiddet riskini ve belirtilerini tanılamada ve destek sağlamada anahtar rol oynadığını ve konuyla ilgili eğitimlerinin gerekliliğini bildirmiştir. Hemşireler, şiddet mağduru kadını tanılayabilmeli, gerekli tıbbi bakımı sağlayabilmeli, kadınları yardım

alabilecekleri kurum ve kuruluşlara yönlendirebilmeli ve yasal süreçleri bilmelidirler (ICN, 2001; WHO,2013). Ne yazık ki hem dünyada hem de ülkemizde hemşireler, lisans eğitimleri sırasında konu ile ilgili yeterli eğitimi almadan mezun olmakta ve kendilerini kadına şiddete müdahale edecek ve soru soracak yeterlilikte bulmamaktadırlar (Sabancıoğulları ve ark., 2016; Doran ve Hutchinson, 2017)). Ek olarak hemşire ve ebelerin çoğu yanlış inanış ve olumsuz tutumları ile de kadına şiddete müdahaleden kaçınmaktadır (Tufts ve ark., 2009; Sprague ve ark., 2012; Crombie ve ark., 2017). Düşük sosyo ekonomik düzeye sahip bireylerde, şiddetin daha sık olacağı, şiddet mağduru kadına yardım imkanlarının kısıtlı olduğu ve mağdur kadınların bunu kendi başlarına çözebilecekleri düşünceleri hemşireler arasında sık görülen yanlış inanışlardır (Woodtli, 2000; Tufts ve ark., 2009; Robinson, 2010). Tüm bu yetersizlikler ve yanlışlıklar eğitim ile düzeltilebilecektir (Woodtli, 2000; Davila, 2005; Freedberg, 2008; Tufts ve ark., 2009; Robinson, 2010). Buna karşın Kıyak ve Akın (2010), hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda okul ve mesleki hayatlarındaki eğitim alma durumlarını sırası ile %17.4 ve %5.8 gibi oldukça düşük rakamlarda tespit etmişlerdir. Diğer bazı yerli ve yabancı çalışmalarda da (Majumdar, 2004; Tunçel ve ark., 2007; Yazıcı ve Mamuk, 2010; Elmalı ve ark., 2011; Karabulutlu, 2015) katılımcıların kendilerini konu kapsamında yetersiz bilgi seviyesinde gördükleri ve eğitim talep ettikleri görülmektedir. Sabancıoğulları ve ark. (2016), araştırmalarında yer alan öğrencilerin %78.9'nun şiddet mağduru kadınlara nasıl danışmanlık yapacakları konusunda bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Bu bulgu da, konu kapsamındaki örgün eğitim eksikliğine işaret etmektedir. Aynı çalışmada, bu eğitimi talep eden öğrenci sıklığı ise %70.4'tür. Bizim çalışmamızda yer alan hemşire ve ebelik öğrencilerinin de çok büyük bir çoğunluğunun (%93,3; n=322) literatürde işaret edilen bu eksikliği ve talebi onaylar şekilde, kadına şiddet konusunda eğitim ve danışmanlığı, lisans eğitimlerinde görmeyi talep ettikleri saptanmıştır. Şiddete uğrayan kadınla sıklıkla ilk temas basamağında yer alacak olan hemşire ve ebe adaylarının, eğitim ve öğretim yıllarında alacakları konu kapsamındaki eğitim, mesleki hayatlarındaki rollerine hazırlanmalarında önemli bir ilk adımdır (Davila, 2005; Freedberg, 2008). Ek olarak, mezuniyet öncesi eğitimin, kadına şiddete karşı öğrenci tutumları ve şiddeti tanılama yetenekleri üzerindeki etkilerinin, mezuniyet sonrası eğitimlerden çok daha fazla olduğu gösterilmiştir (Woodtli, 2000; Freedberg, 2008; Tufts ve ark., 2009; Doran ve Hutchinson, 2017; Crombie ve ark., 2017). Yapılan

çalışmalarda, eğitimin sağlık çalışanları üzerinde şiddeti tanıma, sorgulama, müdahale etme gibi beceri ve davranışlarında, yeterlilik ve sorumluluk algılarında iyileşme sağladığı gösterilmektedir (Hinderliter, 2003; Sitterding, 2003; Baird ve ark., 2013; Beccaria, 2013; Connor, 2013; Jayatilleke, 2015; Doran ve Hutchinson, 2017; Sis ve Aydın, 2019). Çalışmamız sonucunda öğrencilerin, kadına yönelik şiddete ilişkin yüksek orandaki eğitim talepleri (%93.3) sevindiricidir. Özellikle son zamanlarda, kitle iletişim araçları vasıtası ile kadına yönelik şiddet probleminin, aslında çok daha sık ve yaygın olduğunun gözlemlenmesi, öğrencilerin bu konudaki duyarlılık ve sorumluluk bilinçlerini geliştiriyor olabilir. Bu eğitim ihtiyacının doyurulmasının, mesleki yaşamlarında şiddete karşı aldıkları sorumluluk ve eylem sayılarına yansıyacağını düşünüyoruz. Akgün ve Şahin (2017), hemşirelik bölümü öğrencilerinin, kadına yönelik şiddet programına katılma oranını yaptıkları çalışmada %41.4 olarak bulmuşlardır. Gürkan'ın (2020), kadına yönelik şiddet eğitimi verdiği deney grubu ile eğitim verilmeyen kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmasında, deney grubundaki hemşirelik öğrencilerinin, eğitim sonrası HEKYŞBTÖ fiziksel-duygusal şiddet alt boyut puanları ile toplam puanlarının başlangıçtaki puanlarına ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olması (sırasıyla $p<0.05$; $p<0.01$; $p<0.01$), eğitimin önemini göstermesi açısından değerlidir,

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti değerlendirmelerine yönelik yapılan çalışmaların tamamına yakını her şiddet davranışının, sağlık çalışanları tarafından tanınamadığını göstermektedir. Tambağ ve Turan (2014) sağlık çalışanlarına benzer şekilde, hemşirelik öğrencilerinin de kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyamadıklarını göstermiştir. Bu bilgi mesleki eğitim sırasında tanınamayan ve tanınması yönünden bilgi eksikliği yaşanan şiddet durumunun mesleki hayatta da aynı şekilde tanınmasında yetersizliğin devam ettiği düşüncesini akla getirmektedir. Kadınların şiddet mağduru olduğu tespit edilene kadar, çeşitli şikayetlerle (gastrointestinal sistem şikayetleri, kas iskelet sistemi şikayetleri ve psikiyatrik yakınmalar gibi), en az 1 ila 10 farklı polikliniğe başvurdukları gösterilmiştir (Balcı ve ark., 2019). Bu bilgi de hastaneye başvuran her kadında, şiddet belirti ve bulgularının göz önünde tutulması gerekliliğini göstermektedir. Bir çalışmada, hemşire ve ebelerin yalnızca %12'sinin kadına yönelik şiddeti tanıma konusunda yeterli olduğu görülmüştür (Kıyak ve Akın, 2010). Sıklıklar farklılık gösterse de hemşire, ebe ve öğrenciler arasında şiddeti tanımaya yönelik bilgi eksikliğini gösteren

diğer bazı çalışmalar da bu konuya dikkat çekmektedir (Hyman ve ark.,2000; Schoening ve ark., 2004; Watts, 2004; Majumdar, 2004; Tunçel ve ark., 2007; Ritchie ve ark., 2009; Elmalı ve ark., 2011; Karabulutlu, 2015).

Bizim çalışmamızda katılımcılardan, fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet içerikli bazı davranış ifadelerini değerlendirmeleri istenmiş ve kadına yönelik şiddeti tanıma yönünde bilgi durumları, puanlama yöntemiyle değerlendirilmiştir. Güvenilirlik değerlendirilmesi yapılan (Cronbach's Alpha=0.949) ve alınabilecek en yüksek puan 10 olan bu puanlamada, çalışmaya katılan öğrencilerin ortalama puanı 8.58±2.78'dir. Tam puan alan öğrenci sıklığı %78.8'dir. En düşük puan olan ve 10 ifadeden 2 tanesinin doğru bilinmesi durumunu gösteren "2 puan" alan öğrenci sıklığı ise %3.2'dir. Kadınlar için "*Çalışmasına izin vermemek/engel olmak"* ifadesi en az oranda (%78.84; n=272) bir şiddet ifadesi olarak doğru cevap verilen ifade olmuştur. Kadınları "*İtip kakmak, tokatlamak, tekmelemek, yumruklamak, hırpalamak, saçını çekmek, tartaklamak, kolunu bükmek, boğazını sıkmak, bağlamak, sert bir cisim fırlatmak vb"* ifadesi ise, tüm öğrenciler tarafından doğru bir şekilde şiddet ifadesi olarak cevaplanan ifade olmuştur. Öğrencilerin fiziksel şiddeti çok iyi tanımalarına karşın, ekonomik şiddet ifadesini, şiddet unsuru olarak tanımamaları, şiddetin farklı yönleri ve tezahürleri hakkındaki yetersiz bilgi ile yanlış ve geleneksel düşünce ve tutumların hakimiyetine işaret etmektedir. Bu durum kadınının sosyal hayatını sınırlayan ve ekonomik bağımlılığa zorlayan bu eksik bilgi ve yanlış düşüncelerin elimine edilmesi, öğrencilere müfredat kapsamında planlanacak eğitimlerin içeriğinde yer verilmesi ile mümkün olabilir. . Literatür taramasında da, bu konuya ilişkin öğrenci ve meslek mensuplarıyla yapılmış birçok çalışmaya rastlanmasına rağmen, şiddetin fiziksel ve duygusal boyutları dışında, katılımcıların ekonomik ve cinsel şiddeti tanımalarına dair bulgulara rastlanmamıştır. Hemşire ve ebeler, tedavi sürecinde olduğu kadar, kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesi basamaklarında da etkin rol üstlenmektedirler. Kadın sağlığı bir bütündür ve kadın toplumsal yaşamda etkin olduğu sürece varlığını sürdürebilir. Sağlık çalışanları ve gelecekteki uygulayıcılarının, kadına yönelik şiddeti her boyutuyla tanımaları ve uygun şekilde müdahale edebilme bilgi ve becerisine sahip olmaları esastır.

Kadın, günlük hayatta ve aile içinde şiddetin değişik türleriyle karşı karşıya gelebilmektedir. Şiddet mağduru olan kadının öncelikli olarak başvuracağı kurum,

sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda hizmet sunan profesyonellerin, şiddeti ne derecede tanıdığı, şiddete karşı önlem alma ve müdahale başarısını belirleyen en önemli etkendir. Bu tanıma becerisini etkileyebilecek faktörlerin de bilinmesi bu açıdan değerlidir. Bu bilgiden yola çıkılarak çalışmamızda, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik verileri, kadına yönelik şiddeti tanımaya yönelik ölçek vasıtası ile (HEKYŞBTYÖ), toplam ile fiziksel ve duygusal alt boyutları açısından değerlendirilmiştir. Tambağ ve Turan (2015), HEKYŞBTÖ fiziksel ve duygusal alt ölçek ortalama puanlarınının kız öğrencilerde erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmiş ve bu bulguyu kız öğrencilerin kadına yönelik şiddeti cinsiyet bakış açısı ile değerlendirmelerine bağlamıştır. Pınar ve Sabancıoğulları da (2019), çalışmalarında kızlarda ortalama puanların daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (kızlarda 18.42±3.13, erkeklerde 17.13±3.14, $p<0.001$). Çatak ve Taşkıran (2015), Süt ve Akyüz (2016), Akgün ve Şahin'in (2017) çalışmalarında ve bizim çalışmamızda, cinsiyet ile HEKYŞBTÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Erkek öğrenci sayısının örneklem içindeki azlığı (%7.8), bu çalışmanın kısıtlılıklarından birisi olsa da, farklı çalışmalarda cinsiyet ile ölçek skorları arasında farklı bulguların olabildiği görülmektedir. Diğer yandan öğrencilerle yapılmış bazı çalışmalarda da, kız öğrencilerin eşitlikçi tutuma sahip oldukları, erkek öğrencilerdeki daha yüksek şiddet eğiliminin, kadına yönelik şiddet konusunda, geleneksel bakışı yansıttığı belirtilmiştir (Kodan Çetinkaya, 2013; Kaplan ve ark., 2014; Dağlar ve ark., 2017).

Bu çalışmada, her ne kadar Ege Bölgesi ile Marmara Bölgesi, Batı Anadolu Bölgesi kapsamında değerlendirilmiş olup, en uzun süre yaşanılan coğrafi bölge ile HEKYŞBTÖ puanları arasında fark görülmese de, Ege bölgesi ayrı olarak değerlendirildiğinde, bu bölgeden gelen öğrencilerin toplam ve duygusal alt boyut skorlarının diğer bölgelere göre anlamlı yüksek olduğu görülmektedir (sırası ile $p=0,001$ ve $p<0,001$). Literatürde coğrafi bölge ile kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeyleri arasında ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte kırsal kesimlerde yaşayan kadınların, kadına yönelik şiddeti geleneksel boyutuyla değerlendirme eğiliminin olduğu ve bu durumun şiddet tutumlarına olumsuz yönde şekil verdiği bilinmektedir. Şehirde yaşayan kadınlarda, şiddete onay durumunun (Kıyak ve Akın, 2010), köyde ve daha küçük yerleşim birimlerinde yaşayan kadınlardan daha az olduğu, küçük yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda gelenek ve

göreneklerin etkisinin daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (Gömbül, 2000; Taşçı, 2003; Dağlar ve ark. 2017).

Bu çalışmada, bekâr öğrencilerde, şiddeti tanıma bilgi düzeyi fiziksel ve duygusal alt ölçek puan ortalamalarının evli öğrencilerden anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (sırası ile $p<0,001$ ve $p=0.02$). Ancak örneklemimizin tamamına yakınının (%98) bekârlardan oluşması, araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almakta ve bu sosyo-demografik özellik ile ilgili yorumda bulunmayı güçleştirmektedir. Geçmiş çalışmalarda da, bu özellik ile şiddeti tanıma bilgi durumu arasındaki ilişkiyi veren bir bulguya rastlanmamıştır.

Sağlık profesyonellerinde eğitim düzeyi arttıkça, alınan eğitimlerin içeriği doğrultusunda gelişim ve yeni yeteneklerin edinilmesi beklenen bir durumdur. Akgün ve Şahin'in (2017) çalışmasında, dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde, şiddetin "fiziksel ve duygusal belirtilerini tanıma bilgi düzeyleri" ile "kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeylerinin" diğer sınıflardan anlamlı yüksek ($p<0.05$) olduğu görülmüştür. Bu ortalamalar için en düşük puanlar ise ikinci sınıflardan elde edilmiştir. Tambağ ve Turan'ın çalışmasında da (2015), hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin akademik yılı arttıkça, HEKYŞBTÖ fiziksel alt ölçek puan ortalamalarının ve dolayısıyla toplam puanlarının arttığı görülmüştür. Benzer şekilde diğer bazı çalışmalarda da kadına yönelik şiddete karşı çağdaş bir tutum geliştirmede, üst sınıf öğrencilerinin bilgi düzeylerinin, alt sınıflara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Sabancıoğulları ve ark., 2016; Dağlar ve ark., 2017). Bu çalışmada, henüz 4.sınıfta öğrenim gören öğrenci olmadığı için 1, 2, ve 3. sınıflar arasında, toplam HEKYŞBTÖ puan ortalamalarının sınıflar arasında benzer olduğu görülmüştür (sırası ile 18.44, 18,35 ve 18.3; $p=0.91$). Üçüncü sınıflarda her ne kadar duygusal alt boyut puanının anlamlı yüksek olduğu tespit edilmişse de fiziksel alt boyut puanının daha düşük olduğu görülmüştür (sırası ile $p<0,001$, $p=0,001$). Bu durum, kadına yönelik şiddet konusu kapsamındaki eğitim yetersizliğine işaret edebileceği gibi yalnızca sınıf düzeyi artışının, her zaman bilgi düzeyinin artışıyla paralel olmayacağını ve ek faktörlerin de varlığını ve etkisini gösteriyor olabileceğini düşündürmektedir.

Toplumun temel yapı birimi olan ailede yaşanan ekonomik sıkıntılar, aile bireylerinin şiddete bakış açısını etkileyebilir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998). Akgün ve Şahin'in (2017) çalışmasında, öğrencilerin ailelerinin gelir

düzeylerinin, öğrencilerin kadına yönelik şiddeti tanıma bilgi düzeyini etkilemediği belirtilmiş olsa da, Sabancıoğulları ve ark. (2015) çalışmasında ve bizim çalışmamızda düşük gelir düzeyi olan öğrencilerde, şiddete karşı daha geleneksel bir tutum bulunduğu ve öğrencilerin şiddeti tanıma bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Sabancıoğulları ve Pınar'ın (2019), 750 öğrenci ile gerçekleştirdikleri daha yakın zamanlı bir çalışmasında ise, gelir düzeyi ile şiddeti tanıma bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda, geniş ve tek ebeveyne sahip ailelerde yaşayan öğrencilerde HEKYŞBTÖ, fiziksel alt ölçek puan ortalaması çekirdek tipi ailede yaşayanlardan veya aileden ayrı yaşayanlardan daha düşüktür. Dağlar ve ark., (2017) da geniş ve parçalanmış ailede yaşayan hemşirelik öğrencilerinin, kadına yönelik şiddete ilişkin daha geleneksel bir tutuma sahip olduklarını belirtmiştir. Gelir ve eğitim düzeyi düşük, parçalanmış ailelerde yetişen çocukların kendilerinin de daha fazla şiddete maruz kaldıkları bilinmektedir (Cengiz, 2008). Benzer şekilde, ihmal ve istismara da en fazla boşanmış, parçalanmış ailelerin çocukları maruz kalmaktadır (Newman, 2013). Sorunlar karşısında şiddet davranışından uzak duran, modern bir dünya görüşüne sahip, eşitlikçi bireylerden oluşan sağlıklı toplumlar için ailenin bütünlüğü ve kalitesi önemlidir.

Hemşirelik ve ebelik bölümünde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, kadına yönelik şiddetle ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeyleri ile şiddet tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) saptanmıştır (Dağlar ve ark., 2017). Bu çalışmada elde edilen sonuç ile bizim çalışmamızda ulaştığımız sonuç kısmen benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, anne eğitimi ile toplam, duygusal ve fiziksel alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken, baba eğitimi ile fiziksel alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır (p:0,002). Erkeğin aile içinde egemen bir konuma sahip olup, kadının arka planda bırakıldığı geleneksel aile yapısının hâkim olduğu Türk toplumunda, ebeveyn eğitiminin çocuklar üzerindeki etkisi, oldukça önem arz etmektedir. Anne ve babanın aile ilişkilerinde sergilediği, psikososyal anlamda olumlu davranışlar, çocuğun ileriki şiddet tutumunun da belirleyicisi olacaktır. Bu konuda, Dağlar ve ark.(2017), hemşirelik ve ebelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, anne baba eğitim seviyesi arttıkça öğrencilerin geleneksellikten uzaklaşıp, şiddet tutumlarının olumlu yönde geliştiğini ifade etmişlerdir. Farklı bölümlerde okuyan üniversite son sınıf öğrencileriyle yapılmış

başka bir çalışmada da, çocuklarına şiddet uygulayan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun, öğrenim düzeylerinin düşük olduğu, anne ve babası okuryazar olmayan öğrencilerin, kadına şiddeti geleneksel boyutuyla algıladığı görülmüştür (Cengiz, 2008). Bu durum, süregelen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, aile içindeki yansıması olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada, anne eğitimi düzeyi ile HEKYŞBTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken, baba eğitimi lise olan öğrencilerde baba eğitim düzeyi ilk ve yükseköğrenim olan öğrencilerden daha yüksek bir fiziksel alt ölçek puan ortalaması tespit edilmiştir (p=0,002). Literatür bilgisi ile küçük bir çatışma içeren bu bulgu, çalışmaların tek tek bulgularının topluma genellenemeyeceğinin bir örneğini teşkil edebilir ve ebeveyn eğitim seviyesinin her zaman, tek başına öğrencilerin şiddet tutumu üzerine etkili olmadığı sonucuna varılabilir. Diğer yandan yine eğitim seviyesi ile birlikte, çocuklarına aktarımda görüş farklılıklarının da olabileceği gibi alt başlıklar akla gelebilir. Dolayısıyla ebeveyn eğitimi bu konuda daha kapsamlı ve derin araştırılması gereken bir sosyoekonomik faktörü temsil edebilir.

Sonuçlar;

- Katılımcıların tamamına yakını (%93,3), kadına yönelik şiddet eğitimi-danışmanlığının lisans eğitiminde yer almasını istediğini belirtmiştir.
- "Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Bilgi ve Puanları" değerlendirmesine göre katılımcılar, en az ekonomik şiddeti, en fazla ise fiziksel şiddeti tanımaktadırlar.
- Katılımcıların medeni durumları ile HEKYŞBTÖ karşılaştırıldığında, bekâr olan katılımcılarda, fiziksel ve duygusal şiddet alt ölçek puanları anlamlı yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların sınıf düzeyleri ile fiziksel ve duygusal şiddet alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Üçüncü sınıflarda duygusal alt ölçek puan ortalaması anlamlı yüksek iken, fiziksel alt ölçek puan ortalaması düşük bulunmuştur.
- Katılımcıların aile tipleri ve gelirleri ile HEKYŞBTÖ karşılaştırıldığında, anlamlı fark tespit edilmiştir. Geniş ve tek ebeveynli ailelerde fiziksel alt ölçek puan ortalaması düşükken, çekirdek ve diğer aile tipinde yüksek bulunmuştur.

Toplam ve duygusal alt ölçek puan ortalaması düşük gelirli ailelerde düşük bulunmuştur.

- Anne eğitimi ile toplam, duygusal ve fiziksel alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken, baba eğitimi ile fiziksel alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır. Babası, lise düzeyinde eğitim alan katılımcıların, fiziksel alt ölçek puan ortalaması anlamlı yüksek bulunmuştur.

Öneriler;

- Daha önce yapılmış olan çalışmaların ve bu çalışmanın bulguları ışığında sağlık alanında eğitim alan öğrenciler, kadına yönelik şiddet konusunda, yeterli bilgi ve donanımı kazanamamaktadırlar. Bu toplumsal sorunun, teorik ve pratik bölümler olarak bir ders içeriği şeklinde, müfredatta yer alması bağlamında gereken adımlar atılmalı ve hızlandırılmalıdır.
- Şiddete yönelik planlanan eğitim programlarında, şiddetin farklı yönlerine ayrıntılı olarak yer verilmelidir.
- Erkek öğrencilerin de kadına yönelik şiddet eğitimine aktif katılımları sağlanmalı, benzer sayıda kadın ve erkek katılımcı oranı sağlanarak, cinsiyete dayalı değerlendirmelere de yeni çalışmalarda yer verilmelidir.
- Kadına yönelik şiddeti tanıma ve değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda, şiddetin ekonomik ve cinsel boyutları da değerlendirme kapsamına alınmalı, şiddeti tüm boyutlarıyla değerlendirme imkanın sunacak ölçek(ler) geliştirilmelidir.
- Eğitimin sürekliliği ve devamı sağlanarak, etkinliği dönemsel çalışmalarla desteklenmelidir
- Şiddete yönelik mesleki rol ve tutumlarının gelişmesinde öğrencilere, aktif rol üstlenebilecekleri uygulama alanları sağlanmalıdır.
- Eğitim faaliyetleri, sadece sağlık alanında değil tüm üniversite öğrencilerini kapsar nitelikte olmalıdır. Gelecekte ki aile kurumunun sürdürücüsü olan üniversite öğrencilerinin kazandıkları farkındalığın, toplum sağlığını iyileştirmede, önemli katkısı olacaktır.
- Sağlık profesyonelleri, düzenli ve zorunlu hizmet içi programlarıyla kadına yönelik şiddet konusunda eğitim programlarına tabi tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

Acar, F. (2014). CEDAW'dan İstanbul Sözleşmesine: Kadınların insan hakları ve kadına karşı şiddete ilişkin uluslararası standartların evrimi. Kaya, F., Özdemir, N., Uygur, G. içinde, Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet, Ankara: Savaş Yayınevi.

Afşar, S, T. (2015). Türkiye'de Şiddetin Kadın Yüzü, *Sosyoloji Konferansları,* 52/715-753.

Agrawal, S., Banerjee, A. (2010).Perception of violence against women among future health professionals in an Industrial Township. Ind Psychiatry J; 19(2):90-93.

Akgün Kostak, M., Akarsu, Ö., Uzun, S. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutumları. 2. Uluslararası farklı şiddet boyutları ve toplumsal algı kongresi, Poster sunum.

Akgün, R., Şahin, H. (2017). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımaları Üzerine Bir Araştırma, *Adli Bilimler Dergisi,* 16(1);7-13.

Akın, M. (2013). Aile içi Şiddet. İstanbul Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Mecbuası, 71(1);27-41.

Akkaş, İ., Uyanık, Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi,* 6(1): 32-42.

Aktaş, B., Kaya, F., Daştan, N. (2019). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Ailede Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.*Cilt:14, Sayı:20.

Aktepe, E., Atay, M. (2017). Çocuk Evlilikleri ve Psikososyal Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 9(4): 410-420.

Altınay AG, Arat Y (2009). Violence against women in turkey, a nationwide survey. İstanbul: Punto Basım Evi.

Arredondo-Provecho AB, Del Pliego G, Nadal M, Roy R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enferm Clín. 18(4):175-82.

Atila Demir, S., Nam, D. (2014). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede Erkeğin Rolü, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 19(3);211-227.

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

Ayrancı, Ü., Günay Y. ve Ünlüoğlu İ. (2002). Hamilelikte aile içi eş şiddeti: birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 75-87.

Baird K, Salmon D, White P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. Midwifery 29:1003–10.

Balcı Y, Kadı G, Göçeoğlu ÜÜ, İnanç L. (2019). Are the Recurrent Hospital Applications Inform About Domestic Violence? *Bull Legal Med.* 24:93–9.

Başar, F., Durmaz. A., (2015). Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Hemşirelerin ve Ebelerin Bilgi Durumları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(6):6-15

Başbakkal, Z., Baysan, L. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin polislerin bilgi düzeylerinin ve düşüncelerinin incelenmesi. *Çocuk Forumu Mayıs-Ağustos* :65-70.

Baysan L., Karadağlı A. (2006). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2): 101-12.

Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris JA, Hossain D. (2013). Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today*. 33:907–11.

Berktay, F. (2016). Tek tanrılı dinler karşısında kadın. Metis Yayınları: İstanbul.

Bilican, Gökkaya, V. (2011). Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet: Sivas İli (Cumhuriyet Üniversitesi) Örneği. *Journal of World of Turks*, 3(3), 129-145.

Bozkurt, Ö. D., Dasıkan, Z., Kavlak, O., Sirin, A.(2013).Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2(2):99-107.

Breakey, S., Wolf, K.A., Nicholas, P.K. (2001). Adolescent violence. Assessment of nurses' attitudes and educational needs. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 143-162.

Bryant, S. A., Spencer, G. A. (2003). University students attitudes about attributing blama in domestic violence. *Journal of FamilyViolence*. 18(6):369–376.

Büyükkayacı,Duman, N., Büyükgöneç,N., Güngör, T., Yılmazel, G., Topuz, Ş., Koçak, D. (2016). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Algılayışı ve Etkileyen Faktörler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.*13(4), 154-159

Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Aljoan, R.N., Schollenberger, J., O'campo, P., Gielen, A.C., Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 62(10):1157-1163.

Cengiz, M., (2008). Çocukların Aile İçi Şiddete Uğramasına Neden Olan Sosyo-Ekonomik Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Crombie N, Hooker L, Reisenhofer S.(2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *J Clin Nurs* 26:2100–25.

Connor PD, Nouer SS, Speck PM, Mackey SN, Tipton NG. (2013). Nursing students and intimate partner violence education: improving and integrating knowledge into health care curricula. *J Prof Nurs*. 29:233–9.

Çakıcı, A., Çakıcı A.C. (2007). İşgören sessizliği: konuşmak mı zor, sessiz kalmak mı zor? 15. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Sakarya Üniversitesi, 389-400.

Çamcı, O. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çatak, Taşkıran, A. (2016). Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma ve Bildirim Konusundaki Tutum ve Davranışları, Pamukkale Üniversitesi Yayınları.

Çetin, A. (2011). Ortaçağda kadın. Lotus Yayınevi: Ankara

Dağlar, G., Bilgiç, D., Demirel, G. (2017). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(4), 220-228.*

Davila YR. (2005). Teaching nursing students to assess and intervene for domestic violence. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2:Article 4.

Dişsiz, M., Şahin, N.H. (2008). Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 1 (1): 50-58.

Doran, F., ve Hutchinson, M. (2017). Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. J Clin Nurs., 26(15-16), 2286-2296

DSÖ (2017). Definition and typologyof violence.http://www.who.int/violenceprevention /approach /definition/en/ ,Erişim Tarihi: 04/07/19.

Düşünmez, S. (2007). Kadına yönelik şiddetin özrü yoktur sempozyumu, TDP Kadın Örgütü, Lefkoşa; 5-8.

Elmalı, F, Kaya, Erten, Z, Zincir, H., Özen, B., Balcı, E. (2011). Hemşire ve ebelerin aile içi fiziksel şiddete bakış açıları maruziyetleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 20(1):39-47.

Er, K. (2013). Kadına Şiddeti Besleyen Kültür ve Çözüm Noktasında Sosyal Hizmetler, *Sosyal Bilimler Dergisi;1(1).*

Eryılmaz, G. (2001). Aile İçi Şiddet, Kadın Sağlığı ve Hemşirelik, *C.Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2), 19-24.

Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., et al.(2009). How Far Does Screening Women for Domestic (Partner) Violence in Different Health-Care Settings Meet Criteria for a Screening Programme? Systematic Reviews of Nine UK *National Screening Committee Criteria. Health Technology Assessment*.. 13(16): iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347. doi:10.3310/hta13160.

Frank, E., Elon, L., Saltzman, L.E., Houry, D., McMahon, P., Doyle, J. (2006). Clinical and Personal Intimate Partner Violence Training Experiences of U.S. Medical Students. Journal of Women's Health. 15(9);1071-9.

Freedberg P. (2008). Integrating forensic nursing into the undergraduate nursing curriculum: a solution for a disconnect. *J Nurs Educ*. 47:201–8.

Fromm E. (1995). İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri, İstanbul: Payel Yayınları.

Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. (2007). Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 32:238–43.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg. M., Heise, L., Watts, C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, Lancet. 7;368(9543):1260-9.

Gömbül, Ö. (2000). Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddete mesleki role ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 2 (1). 19-32.

Günay, C. (2004). Mor Bakışlar-Kadının Sırtından Sopa Eksik Olmuyor. Truva Yayınları, İstanbul.

Gürkan, Ö.C. (2020). Aile içi şiddet dersinin hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ve şiddete karşı tutumlarına etkisi. *J Psychiatric Nurs* 11(1):57-63. DOI: 10.14744/phd.2019.82712

Häggblom, A.M., Hallberg, L.R., Möller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nursing and Health Sciences, 7(4);235-42.

https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/turkiye-de-kadina-yonelik-aile-ici-siddet-arastirmasi-anarapor.pdf. . erişim:12.02.2020

http://kucukcekmece.istanbul/Content/dosya/1949/aileicisiddetlemucadelekitabi-62616-4141879.pdf.erişim:20.01.2020.

Hinderliter D, Doughty AS, Delaney K, Pitula CR, Campbell J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *J Nurs Educ*. 42:449–54.

Hyman, I., Guruge, S., Stewart, E.D., & Ahmad, F., (2000). Primary prevention of violence against women. Womens Health Issues, 10(6), 288-293.

International Council of Nurses. Nurses, Always There for You: United Against Violence (Anti-Violence Tool Kit). Geneva: International Council of Nurses; 2001.

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

Jansen, HAFM, Watts, C,Ellsberg, M, Heise, L, Garcia-Moreno.C. (2004) InterviewertrainingintheWHOmulticountrystudyonwomen'shealthanddomesticviolence. ViolenceAgainstWomen. 10:831-849.

Jayatilleke AC, Yoshikawa K, Yasuoka J, Poudel KC, Fernando N, Jayatilleke AU, et al. (2015). Training Sri Lankan public health midwives on intimate partner violence: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health*. 15:331.

Kadın Sağlığı Genel Müdürlüğü (KSGM), (2016). Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi Sağlık Çalışanları Kılavuzu. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Kanbay, Y., Işık, E., Yavuzaslan, M., Keleş, S. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüş ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2): 107- 11.

Kanlıca, A. (2019). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Konusunda Bilgi Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Konya; Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaplan, S., Akalın, A., Pınar, G., Yılmazer, T. Hemsirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi siddet ve aile içi siddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Saglık Bilimleri Fakültesi Hemsirelik E-Dergisi* 2014; 2(1):26-35.

Kara, P., Akçayüzlü, Ö., Gür, A. Ö., Nazik, E. (2018). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 8(3):60-73.

Karabulutlu, Ö. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin şiddet konusundaki görüş ve deneyimleri *Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi,* 2(1):26-36

Karhan, S. (2010). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddetin Hukuk Sosyolojisi Açısından Analizi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Kartal, G.(2009). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık teşkilatının rolü. 1. Kadın Sağlığı Kongresi, İstanbul: Bildiri Kitapçığı;91.

Kaya, Y., Özdevecioğlu, M. (2008). Organizasyonlarda algılanan mağduriyetin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 10(1);19-37.

Kayrın, N. (2011) Fiziksel şiddete uğramış kadınlar ve tıptan beklentileri: kadın hasta hakları çerçevesinde bir değerlendirme, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Khan, M.(2000). Domestic Violence Against Women And Girls, Innocenti Digest no. 6, Unicef, 1-13, June.

Kıyak, S., Akın, B. *(2010).* Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 12(2): 5-16.

Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector a problem of epidemic proportion. *International Nursing Reviev,* 48(3), 129-30

Kocacık, F. (2012). Şiddet olgusu üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1);1-7.

Kodan Çetinkaya, S. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. *Nesne*, 1 (2), s.21-43.

Korkmaz, S., Korucu, T., Yıldız, S., Kaya, Ş., İzci, F., Atmaca, M. (2016). Psikiyatri hastalarında aile içi şiddetin sıklığı ve ilişkili faktörler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, (29):359-366.

Köse,A., Beşer, A. (2007).Kadının Değiştirilebilir Yazgısı''Şiddet''.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;10(4).*

Majumdar, B. (2004). Medical and nursing students' knowledge and attitudestoward violence against women in India.. *Educ Health (Abingdon*) .17(3):354-364.

Martin D (1981). Battered Wives. San Francisko: Volcano Pres İnc.

Memiş, E. (2015). Şiddet ve Ekonomi. Yarar, B. içinde, Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri (1. b.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Mengistu, D., Misganaw, E. (2006). Community Health Nursing, University of Gondar.

Mor Çatı (2017). Dayanışma Merkezi'nin Çalışmaları. https://www.morcati.org.tr/tr/neler-yapiyoruz/dayanisma-merkezi, Erişim Tarihi: 07.08.2019.

Natan, M. B., Khater, M., Ighbariyea, R., ve Herbet, H. (2016). Readiness of nursing students to screen women for domestic violence. Nurse education today, 44, 98-102.

Newman, David, M., (2013). Exploring The Architecture Of Everyday Life, Çeviri: Arslan DA. Brief edition: Sociology. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Özerkman, N. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi,* (28):1-19.

Özgür, G., Yörükoğlu, G., Arabacı, L.B. (2011) Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddete eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2(2): 63-60.

Öztürk, Ö., Öztürk, Ö., Tapan, B. (2016). Kadına Yönelik Şiddetin Kadın ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 3(4): 139-44.

Page, A.Z., İnce, M. (2008). Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları,* 11(22): 81-94.

Polat, o. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi.* 22(1),15-34

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. ve Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Br J Gen Prac., 62(602), 647-655

Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. (2015). Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. Rev Lat Am Enfermagem. 23(3):527-534. doi:10.1590/0104-1169.0357.2584

Rıtchıe, M., Nelson, K., & Wılls, R., (2009). Family violence intervention within an emergency department: Achieving change requires multifaceted processes to maximize safety. Journal of Emergency Nursing, 35(2), 97-104

Robinson R. Myths and Stereotypes. (2010). How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. J Emergency Nurs.36(6):572-6. 12.

Sabancıoğulları, S., Taşkın Yılmaz, F., Ar, E., Çakmaktepe, G. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları, Benlik Saygıları ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1);35-43.

Sabancıoğulları, S., Pınar, Ş. (2019). Nursing and Midwifery Students' Attitudes towards Violence against Women and Recognizing Signs of Violence against Women. *International Journal of Caring Sciences.* Volume 12 | Issue 3| Page 1520

Salcedo-Barrientos DM, Orchiucci Miura P, Dias Macedo V, Yoshikawa Egry E., (2014). How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 22(3):448-53.

Sarıbıyık, M. (2012). Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

Schoenıng, A.M., Greenwood, J.L., Mcnıchols, J.A., Heermann, J.A., & Agrawal, S., (2004). Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 572-579

Siemienuk, R.A., Krentz H.B., Gish J.A., Gill, M.J. (2010). Domestic violence screening: Prevalence and outcomes in a Canadian HIV population. AIDS Patient Care and STDs 24(12); 763-770.

Sis Çelik A, Aydın A. (2019). The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspect Psychiatr Care*. 55:210–7.

Sitterding HA, Adera T, Shields-Fobbs E.(2003). Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. *J Contin Educ Health Prof*. 23:54–63.

Speizer, I, S.(2010). Intimate partner violence attitudes and experience among women and men in Uganda. *Journal of Interpersonal Violence* .25:1224–1241.

Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 52:587–605.

Subaşı, N., Akın, A. (2001), "Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri.http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/Sayfa/Dosya/kadina_yon_siddet .pdf, Erişim: 07.07.2019.

Süt, H., Akyüz, P. (2016). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaya İlişkin Bilgi Düzeyleri. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* (JACSD). 6(2): 1-15.

Şenol, D., Yıldız, S. (2013).Kadına Yönelik Şiddet Algısı-Kadın ve Erkek Bakış Açılarıyla: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, Ankara, Tarcan Matbaacılık.

Şener N, Uncu F. (2017). Knowledge Levels of Nurses and Midwives Working in Family Practice about Violence to Woman. J Nurs Care. 6(4) 103.

Tambağ, T.,Turan, Z.(2014). Ability of Nursing Students to Recognize Signs of Violence Against Women. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(3),107-112

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2017). Alo 183. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Ankara.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1995). Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları, http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293dab369dc32358ee2b0f /kutuphane_20_aile_ici_siddetin_sebep_ve_sonuclari. pdf, Erişim: 12.07.2019.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Bilim Serisi: 113. Ankara: Başbakanlık Basımevi; 1998.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (BKSGM), (2008). Türkiye'de Kadının Durumu, Ankara, https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uygulamalar /turkiyede-kadin. Erişim: 17.06.2019.

Taşçı, N. (2003). Ebelerin aile içinde kadına uygulanan şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, Türkiye.

Taşdemir, A.S. (2015). Türkiye'de şiddetin "kadın yüzü". Sosyoloji konferansları, 2(52), 715-753.

Taşkıran, Çatak, A. Birinci basamakta çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma ve bildirim konusundaki tutum ve davranışları. *Pamukkale Üniversitesi Açık Erişim Arşivi, 2015, http://acikerisim pau.edu.tr*/Erişim tarihi: 31.10.2019

Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. (2009). Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. Nurse Educ Today. 2009;29(1):40-7

Tunçel EK, Dündar, C., Pesken, Y. 2007Ebelik ve hemsirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* ; 17(2):105-110.

Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırması Komisyonu (2007). Türkiye'de ortaöğretime devam eden öğrencilerde ve ceza ve infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü çocuklarda şiddet ve bunu etkileyen etkenlerin saptanması. Araştırma Raporu. Ankara: 19(22):56-8.

Türkiye Dördüncü Nüfusbilim Konferansı, (2015). Tebliğ Metinleri Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

UNDPI (2009) World Health Assembly, Geneva.

Vatandaş, C. (2003). Aile ve Şiddet, Türkiye'de Eşler Arası Şiddet, Afyon Kocatepae Üniversitesi Yayınları, Afyon.

Watts, N., (2004), Screening for domestic violence, a team approach for maternal newborn nurses. Nursing for Women!s Health, 8(3), 211-219.

Woodtli MA. (2000). Domestic violence and the nursing curriculum: tuning in and tuning up. *J Nurs Educ*. 39:173–82.

World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence [Internet]. 2013. [acesso 14 jan 2014]. Disponivel em: http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: WHO Clinical and Policy Guidelines 2013. Retrieved Feb 7, 2019, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=0E4765053D2ABB5C04FE0BE426023B22?sequence=1.

Word Health Organization [Internet] Intimate Partner and Sexual Violence against Women [Cited: 2017 June 29]. Available from: http://www.who.int/mediacentre /factsheets/fs239/en/erişim:11.02.2020

World Health Organization (WHO) (2002) Violence by intimate partners. In: G Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, AB Zwi, R Lozano (Eds.) World Report on Violence and Health Geneva. 87-122.

WHO. (2014). Global status report on violence prevention. Luxembourg: World Health Organization.

World Health Organization (2017). Violence against women. tarihinde https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/violence-against-women.erişim tarihi:14.02.2020.

Yanık, A., Hanbaba, Z., Soygür, S., Ayaltı, B., Doğan, B. (2014). Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi, Electronic Journal of Vocational Colleges, 4(4); 104-111.

Yanıkkerem, E., Karadaş, G.,Adıgüzel, B., Sevil, U. (2006).''Domestic Violence During Pregnancy in Turkey and Responsibility of Prenatal Helthcare Providers''*American Journal of Pernatology: 23 (93-104).*

Yavuz, A.İ. (2011). Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

Yayla, İ.D. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yazıcı, S., Mamuk, R., (2010). N. Attitude of the healthcare workers to violence against women. Medical Journal of Bakırköy, 6(2), 73-77.

Yetim, D., Şahin, E.M. (2005). Aile hekimliğinde kadına yönelik şiddete yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(2), 48-53.

Yılmaz, E., Öz, F. (2017). Kadın Hastaların Ekonomik Şiddete İlişkin Deneyimleri ile Kadının Çalışmasına Yönelik Tutumları, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3).*

Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, Sherck JP. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *J Contin Educ Nurs*. 38:37–45.

Yüksel Kaptanoğlu, İ., Çavlin A. (2015). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Araştırma Raporu. Ankara: Elma Matbaacılık.

Yüksel Oktay, E.(2015). Türkiye'nin ve Dünyanın Ortak Sorunu: Kadına Şiddet, *Akademik Araştırmalar Dergisi,*64/57-18

Zorlu, S. (2012). Kadına yönelik cinsel şiddet. https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_0012.htm, Erişim Tarihi: 01.07.2019.

EK-A

ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin, kadına yönelik şiddeti tanımlamalarının, değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasına ve literatüre katkı sağlayacağından, önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Aysun ÜSTÜNER

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER	
Yaş	
Cinsiyetiniz	☐Kadın ☐Erkek
Medeni durumunuz	☐Bekar ☐Evli
Memleketiniz (bölge)	☐Marmara ☐Ege ☐Karadeniz ☐Güneydoğu ☐Doğu ☐Akdeniz ☐İç Anadolu
Üniversite kaçıncı sınıf öğrencisisiniz?	
Aile tipiniz nedir?	☐Çekirdek Aile ☐Geniş Aile ☐Tek ebeveyn ☐Diğer (Anne-babadan ayrı yaşayan)
Ailenizin gelir durumunu nasıl tarif edersiniz?	☐ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderini karşılıyor ☐ Geliri giderinden fazla
Annenizin eğitim durumu nedir?	☐Okur-yazar değil ☐İlkokul mezunu ☐Ortaokul mezunu ☐Lise mezunu ☐Üniversite mezunu
Babanızın eğitim durumu nedir?	☐Okur-yazar değil ☐İlkokul mezunu ☐Ortaokul mezunu ☐Lise mezunu ☐Üniversite mezunu
Ailenizdeki çocuk sayısı nedir? (Siz de dahil olmak üzere)	

KADINA ŞİDDET ile İLGİLİ BİLGİLER	
Ailenizde veya yakın çevrenizde kadına şiddete tanık oldunuz mu?	☐Evet ☐Hayır
Kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı?	☐Evet ☐Hayır
Kadına yönelik şiddet konusunda, yeterince bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐Evet ☐Hayır
Kadına yönelik şiddet konusunda, bilgi kaynaklarınız nelerdir? (çoklu seçim yapılabilir)	☐Eğitim ☐Medya ☐Kişisel araştırma ☐Bilimsel programlar ☐Diğer (.....)
Eğitim ve/veya bilimsel programların kadına yönelik şiddet konusunda yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	☐Evet ☐Hayır
Kadına yönelik şiddet eğitimi-danışmanlığı, lisans eğitiminde yer almalı mı?	☐Evet ☐Hayır
Kadına yönelik şiddet sizde, aşağıdaki seçeneklerden hangisini veya hangilerini çağrıştırıyor?	
☐İtip kakmak, tokatlamak, tekmelemek, yumruklamak, hırpalamak, saçını çekmek, tartaklamak, kolunu bükmek, boğazını sıkmak, bağlamak, sert bir cisim fırlatmak, vb. ☐Sağlık hizmetlerinden yararlanmasına engel olmak suretiyle bedenine zarar vermek ☐Sağlıksız koşullarda yaşamaya mecbur bırakmak ☐Sıkıştırmak, bir yere kilitlemek, tehlikeli bir yerde yalnız bırakmak, korktuğu bir şeyle baş başa bırakmak ☐Sözle (cinsel içerikli şakalara, tekliflere, cinsel içerikli görsellere, sözel hareketlere maruz bırakmak) veya fiziksel (teşhircilik yapmak, pornografik görüntüler izlemeye zorlamak) yolla taciz etmek ☐Kadın bedenini ve cinselliğini aşağılayacak şekilde konuşmak ☐Dijital ortamda cinsel içerikli fotoğraf, video, mesaj göndermek ☐Erken yaşta ve zorla evlendirilmek ☐Çalışmasına izin vermemek/engel olmak ☐İş hayatını olumsuz engelleyecek kısıtlamalar getirmek (iş gezilerine, toplantılara, kurslara katılmasına engel olmak) ☐Hepsi ☐Diğer …….. (Belirtiniz)	

EK-B

HEMŞİRE VE EBELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

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

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

Türkçe/Orijinal Kaynak *(Ölçek Geliştirme):*

Baysan-Arabacı, L., Karadağlı, A. (2006), Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi.* 16: (2), 101-111.

Puanlama Yönergesi:

Alt boyut ve madde sayısı: KYSBTO 2 alt boyut ve 31 madde

1. ***Fiziksel Belirtiler*** *(13 madde):* (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 25, 27, 28) maddeler
2. ***Duygusal Belirtiler*** *(18 madde)* (3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31) maddeler

Ölçekte bulunan ters maddeler: Ölçeğin düz ve ters maddeleri vardır.

- ***Düz maddeler:*** 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29. maddeler
- ***Ters maddeler:*** 2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31. maddeler

Ölçeğin Değerlendirmesi: Düz maddeler;

* “Doğru” 1 puan,
* “Yanlış” 0 puan

olacak biçimde puanlanmaktadır.

Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Ölçek alt boyutlarından *Fiziksel Alt Ölçek* için elde edilecek en yüksek puan “13 en düşük puan “0” dır. *Duygusal Alt Ölçek* için elde edilecek en yüksek puan ise “18, en düşük puan “0” dır. Yüksek puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir.