

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA
AİLE İÇİ ŞİDDET SIKLIĞI
VE ŞİDDETİN DEPRESYONA ETKİSİ**

Ayşe AKALIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN

KONYA-2010

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA
AİLE İÇİ ŞİDDET SIKLIĞI
VE ŞİDDETİN DEPRESYONA ETKİSİ**

Ayşe AKALIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN

KONYA-2010

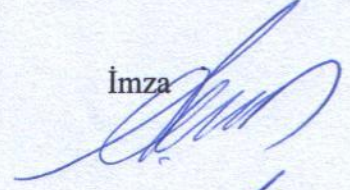
S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Ayşe Akalın tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN
Selçuk Üniversitesi
(Emekli Öğretim Üyesi)

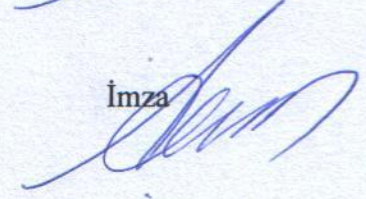
İmza



Danışman:

Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN
Selçuk Üniversitesi
(Emekli Öğretim Üyesi)

İmza



Üye:

Doç. Dr. Belgin AKIN
Selçuk Üniversitesi

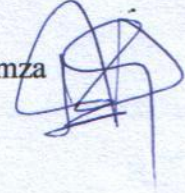
İmza



Üye:

Doç. Dr. Emel EGE
Selçuk Üniversitesi

İmza



ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Orhan ÇETİN

Enstitü Müdürü

İİ. ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim süresince değerli zamanını, önerilerini ve katkılarını esirgemeyen, tez konusunun seçiminde ve tez verilerinin çözümlenmesinde emekleri olan Doç. Dr. Emel EGE'ye, Doç. Dr. Belgin AKIN'a ve çalışmam boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen arkadaşım Alime SELÇUK'a, çok sevdiğim değerli çalışma arkadaşlarıma ve moral destekleri için aileme teşekkür ederim.

Ayşe AKALIN

Konya-2010

iii. İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
1.GİRİŞ	1
1.1. Şiddetin Tanımı	1
1.1.2. Şiddet Oluşumu ve Ortaya Çıkışı	5
1.1.3. Şiddet Nedenleri	6
1.1.4. Şiddet Döngüsü	6
1.2. Aile İçi Şiddet.....	8
1.3. Kadına Uygulanan Şiddet Türleri	9
1.3.1. Cinsel Şiddet.....	10
1.3.2. Fiziksel Şiddet	11
1.3.3. Sözel Şiddet/Duygusal Şiddet	11
1.3.4. Ekonomik Şiddet	11
1.4. Şiddete Katkıda Bulunan Faktörler	12
1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Çocuğa Yansıması	13
1.6. Şiddet Uygulayan Erkeğin Özellikleri	15
1.7. Şiddet Uygulanan Kadının Özellikleri	16
1.8. Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri.....	16
1.9. Ailede Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri	19
1.10. Şiddet Depresyon İlişkisi	21
1.10.1. Depresyonda Sosyal ve Kültürel Faktörler	23
1.11. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler	24
1.12. Dünyada ve Türkiyede Kadına Yönelik Şiddetin Durumu	27
1.13. Aile İçi Şiddetten Korunma Stratejileri	31
1.14. Şiddet İle İlgili Hemşirelik Tanı ve Değerlendirmeleri	32
2.GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
2.1. Araştırmanın Tipi	36
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	36
2.3. Araştırmanın Evreni	36
2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	37
2.5. Örnek Seçimi	37
2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	37

2.6.1. Anket Formu.....	38
2.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	38
2.7. Ön Uygulama	39
2.8. Verilerin Toplanması.....	39
2.9. Araştırmanın Değişkenleri	40
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
2.12. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	41
2.13. Araştırmanın Varsayımları	41
2.14. Araştırmanın Etiği	42
3. BULGULAR.....	43
3.1. Araştırma Grubundaki Kadınlara Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	43
3.2. Araştırma Grubundaki Kadınların; Demografik, Evlili, Şiddet Özellikleri ve BDE Puanı ile İlişkisine Yönelik Bulgular	51
3.10. Depresyon Yaşama Durumu Risk Faktörlerinin Logistik Regresyon Analizi....	58
4. TARTIŞMA	60
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
6. ÖZET.....	74
7. SUMMARY	75
8. KAYNAKLAR	76
9. EKLER.....	82
EK.A: Bilgilendirilmiş Onam Formu	82
EK.B: Anket Formu	83
EK.C: Beck Depresyon Envanteri.....	86
EK.E: Etik Kurul Onayı	89
10. ÖZGEÇMİŞ.....	90

V. SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

BDE: Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory (BDI))

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GNS: Genel Nüfus Sayımı

ICN: International Council of Nursing (Uluslar Arası Hemşireler Birliği)

KSGM: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

NCSS: Number Cruncher Statistical System (Paket program)

PASS: Power Analysis and Sample Size (Paket program)

PTSD: Post travmatik stres durumu

SPSS: Scientific Packages for Social Sciences

1.GİRİŞ

1.1. Şiddetin Tanımı

Şiddet; genel anlamda insanların psikolojik veya fizyolojik düzeyde zarar görmesinden yaralanmasına ve giderek sakat kalmasına ve hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olan bireysel ve toplu hareketlerdir. Şiddet ve saldırganlığı doğuran kışkırtan ve besleyen ortamlar vardır. Şiddete ilişkin literatürde öfke, düşmanlık, saldırganlık, çatışma engellenme, güç, güçsüzlük gibi kavramlar yer almaktadır. Öfke ve düşmanlık duygularının dışı vuruk ifadesi olarak şiddet ortaya çıkmaktadır (Stuart ve Sundeen 1987, Akın ve ark.1998, Eryılmaz 2001, Aslan ve ark. 2005).

Kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona ıstırap veren fiziksel, cinsel, zihinsel hasarla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı bulunan kamusal alanda ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (KSGM 2006).

Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesinde (Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993) kadına yönelik şiddet, “ister kamusal, isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara yönelik fiziksel, cinsel, psikolojik acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesi ” şeklinde tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler’in bu tanımı kadınların sosyal statülerindeki cinsiyete dayalı eşitsizliği ve kadın ile erkekler arasındaki adaletsiz güç ve kaynak dağılımını özetlemektedir Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi, kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti, “bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da orantısız bir şekilde kadınları etkileyen şiddet” olarak tarif etmektedir (Kartal 2008, Humphreys 2007).

Kadınların yaşadıkları şiddetin gün ışığına çıkışı ise çok yakın zamanlara rastlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bile şiddetin tanımlamasını 1993’te yapmıştır; 1996 yılında şiddetin halk sağlığı önceliklerinden biri olduğunu deklare etmiştir. DSÖ’ nün yaptığı bu tanımlamaya göre; kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı

bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (WHO 2002).

DSÖ 1996'daki 49. Dünya Sağlık Asamblesi kararında, şiddeti dünya çapında öncelikli toplum sağlığı sorunu olarak ilan etmiştir. Şiddet ve sağlık konusunda sorunun tanımlanması, kavranması, şiddeti önlemeye, etkilerini azaltmaya ve etkinliğini ölçmeye yönelik program ve tedbirlerin belirlenmesi ve bu programın uygulanması amacıyla bir hareket planı hazırlamıştır. Bir sene sonraki 50. Dünya Sağlık Asamblesi kararında, DSÖ' nün bilime dayalı şiddet önleme halk sağlık yaklaşımı için bütünleşmiş eylem planını onaylamış ve gelişiminin devam ettirilmesine çağrıda bulunmuştur (WHO 1997, Akın ve ark.1998).

Pekin'de 1995 yılında 189 ülkeyi temsilen 17,000 delegenin katılımıyla gerçekleştirilen BM Dördüncü Dünya Kadın Konferansında ; “Kadınlara yönelik şiddet, kadınların insan haklarını ve temel özgürlüklerini kullanmalarını engellemekte, bozmakta veya değersiz hale getirmektedir. Kadınlara yönelik şiddet olaylarında bu hak ve özgürlüklerin korunması ve yaygınlaştırılmasında uzun süreli başarısızlık, bütün devletlerin önem vermesi ve ele alması gereken bir konudur” şeklinde belirtilmiştir (Taşkın 2004).

Birleşmiş Milletlerin' Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı'nda “Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirisi'nde” kadına yönelik şiddet; “kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan, özel yaşamda veya kamu yaşamında gerçekleşebilen bu tip hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, ister toplum önünde ister özel hayatta meydana gelmiş olsun, cinsiyete dayalı her türden şiddet anlamına gelmektedir”şeklinde tanımlanmıştır (Arınç 1996, Akın 2008, KSGM 2001). Genel anlamıyla kadına yönelik şiddet, insan hakları ihlali olmanın yanında 20. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Öyle ki, şiddetin prevalansı ve hastalıkların etiyolojisindeki rolü son zamanlarda giderek artmaktadır (Heissed 1993, Jevkers 2000).

Kadınlar yaşamları sırasında birlikte yaşadıkları erkeklerden ya da eşlerinden yaygın biçimde; fiziksel, sözel (duygusal), ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalmaktadırlar (Harris 1997, Cassidy 1999, Rigss ve ark. 2000, Kearney 2001, Banyard ve ark. 2004, Alsaker ve ark. 2006, Humphreys 2007, Rynerson 2007). Kadın ve erkeğin eğitim düzeyinin düşüklüğü, hayattaki olumsuz olaylarla başa çıkmada yetersiz kalma, istismar ve şiddetin bulunduğu ailelerde büyümüş olma, geniş aile yapısı, aile ve ev çevresindeki rolü geleneksel düşük sosyoekonomik düzey, kadının erken yaşta evlenmesi, erkeğin alkol ya da uyuşturucu madde kullanması, cinsiyet ayrımcılığı genel olarak kadına yönelik şiddeti arttıran risk faktörleridir (Ayrancı ve ark.2002, Baysan 2003, Özmen 2004, Işıloğlu 2006, Çifçi 2007).

Kadına şiddet uygulayan erkeğin bu davranışının temelinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yattığı ifade edilmektedir. Toplumsal cinsiyet erkek ve kadının biyolojik cinsiyetinden farklı olarak toplumda bir kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu rol dağılımında erkekler sahip olduğu gücü kötüye kullanarak kadınlar aleyhine bir yapılanmanın oluşmasını sağlamışlardır. Bu durum toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak tanımlanmıştır ve kadınların toplumda var olan olanaklardan erkeklere göre daha az yararlanmasına neden olan bir durumdur (Akın 2008).

Aile içi şiddet olgularının en sık olarak somatik belirtiler ile başvurdukları, bunu anksiyete, depresyon ve cinsel belirtilerin izlediği görülmektedir (Akyüz ve ark.2002). Tıbbi bir deyim olarak depresyon bellek bilişsel işlevler, duygu durum bozulmalarına eşlik eden fiziksel ve davranış değişikliklerinin ortaya çıktığı ciddi bir hastalıktır. Depresyon Amerika’da ve dünyada en yaygın tıbbi sorunlardan birisidir. Dört Amerikalı’dan biri yaşamının bir döneminde en azından bir depresyon atağı geçirmektedir (Alper 1997, Schotte 1997, Clinic 2004). Özellikle kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla görülmesi bu grupların depresyon yönünden daha yakın takip edilmesini zorunlu kılmaktadır (Seber ve ark. 1995).

Aile içi şiddet kurbanlarında duygusal ve mental sağlık sorunlarını ortaya çıkılmaktadır. Depresyon aile içi şiddet olaylarında sık görülen bir sorundur. Raporlar

depresyon nedenleri araştırıldığında % 50 den daha fazla oranın aile içi şiddet nedeniyle meydana geldiğini göstermektedir (Riggs ve ark. 2000).

Fiziksel saldırı ve tecavüzler majör depresyon ve intihara teşebbüs oranını artırmaktadır. Post travmatik stres ve depresyona ek olarak fiziksel ya da cinsel şiddet panik atak ve diğer psikolojik hastalıklar şeklinde büyük kurban grupları ortaya çıkarmaktadır. Cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrayan kadınlar tıbbi yardım almakta ve yaşadıkları şiddet nedeniyle akut ya da kronik sağlık problemleri yaşamaktadırlar (Gunter 2007). Kadınlardaki alkolizmin % 40'ının nedeni süregelen şiddettir. Kadın psikiyatri hastalarının % 30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır. Kadınlardaki intihar girişimlerinin % 50'sinde dayak olayı bulunmaktadır. Kadına yönelik şiddet, fiziksel ve psikolojik zarar boyutu dışında ekonomik ve sosyal boyutlarıyla da önemlidir. Her türlü şiddetten kaynaklanan yaralanmaların tedavi giderleri yılda 500 milyon doları bulmaktadır. Şiddet sonucu oluşan işgücü kaybı kadının statüsünü de olumsuz yönde etkilemektedir (Atman 2003).

Her yıl 2 milyon ve 4 milyon arasında kadın fiziksel duygusal ve cinsel saldırıya uğramaktadır. Evli çiftlerde saldırganlık ve şiddet olaylarının prevalansı % 20-30 oranında daha yüksek olmaktadır. Her 8 kocadan biri eşine karşı yılda en az bir kez şiddet ya da saldırıda bulunmaktadır. Eş şiddeti kadınların yaralanma nedenlerinden en büyüğüdür (Resnick ve ark.2000).

ABD'de yapılan araştırmalarda her yıl yaklaşık 2 milyon kadının eşleri tarafından ev içi şiddete maruz kalmakta olduğu belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddet kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir. ABD de yapılan bir çalışmada her yıl 1,5 milyon kadının eşleri tarafından fiziksel ya da cinsel saldırıya uğradığı ve öldürücü olmayan eş şiddetinin her yıl 150 milyon dolar finansal kayba neden olduğu belirlenmiştir (Solly ve ark. 2000, Kearney 2001).

Dünya'nın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye'de de kadınlar değişik biçimlerde şiddete maruz kalmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların şiddete maruz kalma oranları; Turhan ve arkadaşları (2006) çalışmasında sözel (duygusal) şiddet oranını % 75, fiziksel şiddet oranını % 39, cinsel şiddet oranını ise % 28 olarak belirtmiştir. Ayrancı ve arkadaşları (2002) çalışmalarında ruhsal /sözel şiddetin %

99,1, fiziksel şiddetin % 36,4, cinsel şiddetin % 5,4 oranlarında olduğunu ileri sürmüşlerdir. Dindaş ve Ege (2009) çalışmasında kadınların % 28'inin sözel şiddet, % 25, 9'unun duygusal şiddet, % 14'ünün fiziksel şiddet, % 11,4'ünün ekonomik şiddet ve % 8'inin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur.

Son yıllarda artan kadına yönelik şiddet önemli bir aile sorunudur. ABD'de 82 kadın ile yapılan depresyon araştırmasında eşlerinden şiddet gören kadınların % 61 oranında yaşadıkları travma nedeniyle depresyon tanısını aldıkları ve yaşadıkları şiddetle ilişkili olarak depresyonda ciddi artış olduğu ortaya konulmuştur. Yıllık olarak şiddetin neden olduğu tıbbi harcama, polis, mahkeme, koruma sağlama, evlatlık verme, üretici olamama gibi olaylar maddi olarak tahmini 7,6 milyon dolara mal olmaktadır (Rynerson 2007). Bu boyutta kadına yönelik şiddet ve şiddetin özellikle psikosomatik etkileri önem taşımaktadır. Bu nedenle şiddet mağduru kadınların desteklenmesine gereksinim vardır. Bu çalışma 15-49 yaş grubu evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını ve şiddetin depresyon ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.1.2. Şiddet Oluşumu ve Ortaya Çıkışı

Şiddetin oluşumuna ilişkin psikososyal yaklaşımlar şiddetin saldırganlık dürtüsünden kaynaklandığını öne sürmekte, şiddet oluşumunu Gelişimsel ve Sosyal Öğrenme Kuramı ile açıklamaktadırlar. Gelişimsel Yaklaşımda şiddetin doğuştan var olan bir içgüdü olduğu, dolayısıyla kaçınılmaz olduğu, sosyal yaklaşımda ise bireylerin pek çok saldırgan davranışı başkalarını izleyerek öğrendikleri, şiddetin de anne-baba tutumuna bağlı olarak sosyalizasyon sürecinde öğrenildiği belirtilmektedir. Şiddetin türü ne olursa olsun temelinde bir güç dengesizliği yer almaktadır. Şiddet davranışına başvurmak, bireyin karşısındaki birey üzerinde güç uygulama ve kontrol koyma gereksinimini karşılamaktadır. Aile içinde yaşanan şiddet olayları, stres ve anksiyete ile yaşanan olaylara verilen olumsuz tepkidir. Şiddet davranışı stresli bir olayın algılanması ile gerginlik ve anksiyetenin oluşması ve giderek artması ile ortaya çıkmaktadır. Yaşanılan gerginlik ve anksiyete iki sonucu doğurmaktadır. Bu sonuçlardan birincisi; ortaya çıkan gerginliğe karşı savunma mekanizmaları geliştirilmekte ancak bu çabalar yetersiz kalmakta, gerginlik, öfke ve saldırgan davranışlar sürmekte ve şiddet davranışı ortaya çıkmaktadır. İkincisi; ortaya çıkan anksiyeteye karşı geliştirilen savunmalar yeterli

olmakta, uygun sorun çözme yollarının kullanılması ile anksiyete azalmakta ve kontrol edilmektedir (Arıkan 1987, Dijulio 1998, Tel 2002).

1.1.3. Şiddet Nedenleri

Şiddetin ortaya çıkmasında, toplumun şiddete hoşgörü göstermesi, şiddetin kuşaklararası sürmesi, çocuğun sosyal öğrenme yoluyla ailedeki şiddet davranışını rol model alması, çocuk eğitiminde dayanın yaygın olarak kullanılmasının kabul görmesi, bazı akıl hastalıkları, antisosyal kişilik bozukluğu gibi bazı ruhsal bozukluklar, hezeyanlar, halüsinasyonlar, gerçeklikten uzaklaşma, duygusal cevapların kaybı, sosyal ilişkilerin bozulması gibi belirtilerle ortaya çıkan şizofreni ve paranoid şizofreni diye adlandırılan akıl hastalıkları sorumsuz, tepkici ve düşüncesiz hareket etme, vicdansızca ve suç niteliğinde davranışlar gösterme, antisosyal kişilik bozuklukları filmler ve video oyunları, şiddet resimli çocuk kitapları, rap müzikte şiddet temaları, özellikle kadına şiddetin uygulandığı porno filmleri, ev içi şiddetle ilgili bazı mitler, bireylerin stresörlerle baş etme, sorun çözme becerisinin yetersiz olması, öfke ifadesinde şiddete alternatif geliştirememiş olması, iletişimde başarısız olması etkili faktörler olarak gösterilmektedir. Bunun yanında hızlı kentleşme, parçalanmış aile, yoksulluk, işsizlik, kadının ekonomik bağımsızlığa sahip olması, kültürel değişimler, göçler, yoksunluk, yetki kaybı, korku, kendini güvende hissetmeme gibi durumlarda bireylerin yaşadığı stresle baş edemedikleri ve şiddete yöneldikleri belirtilmektedir (Akın ve ark.1998, Dijulio 1998, Eryılmaz 2001, Tel 2002, Müberra 2006, Rynerson 2007, Erbaydar 2009).

1.1.4. Şiddet Döngüsü

Şiddetin klasik ve kısır bir oluşumu vardır. Bir ailede şiddet oluştuğu zaman şiddet döngüsü denilen kısır döngü başlamış olur. Bu döngü üç fazdan oluşmaktadır (Eryılmaz 2001, ICN 2001, Alsaker ve ark. 2006, Gunter 2007, Rynerson 2007).

Birinci faz; gerginlik aşamasıdır. Bu fazda herhangi bir sebepten dolayı gerginleşilir ve memnuniyetsizlik ifade edilir. Gerginlik nedeni çoğu kez soğuk bir yemek, bulunamayan bir çorap ya da çocukların yaramazlığıdır. Daha önceden şiddet yaşamış olan kadın bu tehlikeyi sezer ve ortamın gerginliğini gidermeye, şiddet dönemini geciktirmeye ertelemeye ve erkeği yatıştırmaya çalışır. Bu yöntem bir süre işe yarar ve kadının “onun şiddet içeren davranışlarını kontrol edebilirim” yanlış

inancını da destekler. Zaman geçtikçe kadın tam tersine eşini yatıştırmaktan vazgeçer, öfkesini kontrol etmeye çalışmaz. Erkek bu değişikliği hisseder ve şiddet davranışı ortaya çıkana kadar kızgınlığını devam ettirir. Gerginlik artar kızgınlık, suçlama, tartışma ve kavga meydana gelir. Bu dönem birkaç hafta – birkaç yıl sürebilir (Dijulio 1998, Eryılmaz 2001, Alsaker ve ark 2006, Rynerson 2007) .

İkinci faz; akut eylem aşamasıdır. Erkeğin gerginlik ve kızgınlığı kontrol edilemeyen biçimde artmakta ve zarar verme davranışı acımasız ve kontrolsüz bir şekilde ortaya çıkmakta ve sonuç olarak fiziksel şiddet görülmektedir. Bu aşamada tokatlama, yumruklama, tekmelemek, boğmaya çalışma, kemiklerini kırma, ateşli silahla sakatlama ve yaralama olayları meydana gelebilmektedir. Bu dönemde erkek kadına bir ders vermeyi amaçlar. Erkeğin fiziksel saldırısına uğrayan kadın yaralanır. Bu faz birkaç saat ile birkaç gün sürebilir. Kadınlar aldıkları ciddi zararlardan dolayı tıbbi yardıma ve kadın kuruluşlarına ihtiyaç duymaktadırlar (Djulyo 1998, Eryılmaz 2001, Taşçı 2003, Rynerson 2007).

Üçüncü faz; balayı dönemidir (ılımlı dönem). Şiddet uygulayan kişinin pişmanlık duyduğunu belirtmesi özür dilemesi ve bir daha olmayacağına söz vermesi ile karakterize barışma dönemidir. Genellikle erkek özür dileyerek, kadının gönlünü almaya çalışır. Her defasında böyle bir olayın bir daha hiç tekrarlanmayacağına dair sözler verir, onu hastaneye götürür ya da hediyeler alır. Bu dönem kadının hem fiziksel hem de duygusal olarak zayıf olduğu, ilgi ve şefkate gereksinim duyduğu bir dönemdir. Eşinin bu dönemdeki yakın ilgisi her şeyin düzeleceğine inanmasını sağlar, hatta şiddeti kendi yetersizliklerinin bir sonucu olarak görür. Bu evrede kadın şiddetin kaçınılmaz bir şekilde tekrarlanacağı gerçeğini inkâr eder, erkeğin değiştiğini düşünerek umutsuzca ona inanır ve şiddeti inkâr ederek şiddet uygulayanı affeder ve ilişkisini devam ettirmeye karar verir. Bu dönemde gerekli girişimlerde bulunulmazsa bir süre sonra gerginlik tekrar artmakta ve şiddet döngüsü birinci aşamaya geçiş yapmaktadır. Bu ılımlı dönem zaman geçtikçe yerini gerginliğe bırakır ve yeniden birinci faza geçilir. Böylece kısır döngü devam eder (Djulyo 1998, Eryılmaz 2001, Rynerson 2007).

1.2. Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet aile üyelerinden en az birisinin diğer aile birey ya da bireylerinin yaşamını, fiziksel veya psikolojik bütünlüğünü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem veya ihmal süreci olarak tanımlanmaktadır (Dijulio 1998, Ünal 2005).

Aile içi şiddetin, dünyadaki tüm toplumlarda yaygın olduğu, uygulayıcılarının çoğunlukla erkekler ve kurbanlarının da çoğunlukla kadınlar olduğu bilinmektedir (Harris 1997, Rynerson 2007, Riggs ve ark.2000, Özdemir ve ark.2006, Sevil ve Yanikkerem 2006) .Dünya Sağlık Örgütü, kadın sağlığına verdiği ciddi zararlar nedeniyle, kadına yönelik aile içi şiddeti, ciddi ve öncelikli sağlık sorunu olarak kabul etmiştir. Aile içi şiddet özellikle halk sağlığı ile ilgili kaynaklarda “gizli ya da sessiz epidemi” olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenlerle sağlık çalışanları kadına yönelik aile içi şiddetin tanı ve tedavisini yapmaya yönelik eğitilmeleri desteklenmelidir (Harris 1997, Özdemir ve ark.2006).

Eşler arası şiddet; özel bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol etme davranışı şeklindeki eylemlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranış olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım şu anda birliktelikleri süren ya da ayrılmış bütün çiftleri kapsar. Bir ilişkide kadının erkeğe, erkeğin kadına, aynı cinsiyetten çiftlerin birbirine şiddet uygulaması olasıdır. Ancak eşler arası şiddet sorununun en büyük bölümünü erkeğin kadına uyguladığı şiddet olguları oluşturur (Erbaydar 2008).

Aile içi şiddeti etkilediği düşünülen faktörler;

- Kişilerin özgeçmişlerinde daha önceden yaşanmış şiddet olgusunun bulunması
- Eşler arasındaki ideolojik, ırk ve din farklılığı
- Bir eşin diğerinden, özellikle de kadının mesleğinin daha iyi ve gelirinin daha fazla olması
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı bulunması, tanımlanmış kişilik bozuklukları ya da psikiyatrik hastalığın bulunması

- Aile içinde güç dengesizliği
- Evlilik hakkında geleneksel yaklaşımların benimsenmesi
- Çevresel etkenler (işsizlik, sosyal izolasyon vb.) olarak ifade edilebilir (Fishwick 2001, Taşcı 2003).

Aile içi şiddet sosyolojik açıdan ele alındığında ailenin bazı yapısal özellikleri çatışma ve şiddete zemin oluşturmaktadır. Straus'a göre; aile içi şiddete yol açabilen faktörler;

- Aile üyeleri birlikte çok zaman geçirirler, aile içi ilişkilerin yoğunluğu şiddet olasılığını artırır
- Ailenin işlevleri kapsamlıdır, çatışma yaratabilecek meseleler çoktur,
- Bir aileye mensup olmak, kişiye diğer üyelerin davranışlarına karışma hakkı verir,
- Ailede cinsiyet eşitsizliği vardır, bu da çatışma ve şiddet kaynağıdır,
- Şiddet evde daha sık görülür, çünkü mağdurlar evde her zaman elde edilebilir ve aciz durumdadırlar,
- Aile yaşam sürecinde (hastalık, gebelik, doğum, ölüm, yaşlılık vb.) değişik boyutlarda gerginlikler, kararsızlıklar ve dengesizliklerin yaşanmasına sebep olur,
- Ailenin toplumun diğer kısımlarından, özellikle sosyal kontrol ve rekabet mekanizmalarından soyutlanmış olması gibi bazı özellikler ailede şiddete zemin hazırlayan faktörler arasında sayılabilir (İçli 1995).

1.3. Kadına Uygulanan Şiddet Türleri

Kadına yönelik şiddet, yaşam sürecinde bakıldığında konsepsiyon öncesinde başlamaktadır; Sahip olunmak istenen çocuğun cinsiyetinin kız çocuğu aleyhinde kullanılması, kız çocuklarının öldürülmesi, dövülmesi cinsel istismarı, başlık parası, çeyiz, evlilikte dayak, tecavüz, cinsel organlara zarar verici uygulamalar, yaşlılıkta psikolojik, fiziksel ve cinsel saldırıya uğrama şeklinde gerçekleşebilmektedir (Heissed 1993). Şiddet yaşantısı özelde bireyin sağlığını, yaşama hakkını ve insan haklarını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, parasal kayıpların ötesinde toplumun üretken bireyinin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu nedenle şiddet, türü ne olursa olsun hoşgörü

gösterilmemesi gereken sosyal bir suç ve bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Tel 2002).

Kadına yönelik şiddet; dünyadaki en yaygın ama en az tanımlanmış insan hakları ihlalidir. Kadına yönelik şiddetle ilgili araştırmalar kadının en çok aile içinde şiddete uğradığını göstermektedir. Evli kadınlar eşlerinden, evli olmayanlar ise babalarından şiddet görmektedir. Şiddetin en çok evliliklerde meydana gelmesi ile ilgili olarak, erkeğin kadından bir şey elde etmek, kendine itaat etmesini sağlamak veya davranışlarını kontrol altında tutmak amacıyla cinsel, psikolojik, ekonomik ve fiziksel içerikli şiddet davranışları sergilediği belirtilmektedir. Genellikle şiddet olaylarında kadın ve erkek arasında erkek lehine güç dengesizliği vardır (Harris 1997, Riggs ve ark.2000, Özdemir ve ark.2006).

Kadınlar yaşamları sırasında birlikte yaşadıkları erkeklerden ya da eşlerinden yaygın biçimde; ekonomik, cinsel, fiziksel ve sözel (duygusal) şiddete maruz kalmaktadırlar (Harris 1997, Cassidy 1999, Riggs ve ark. 2000, Kearney 2001, Banyard ve ark. 2004, Alsaker ve ark. 2006, Humphreys 2007, Rynerson 2007).

1.3.1. Cinsel şiddet

Genel olarak tüm toplumlarda cinsel şiddet yaygın bir problemdir (Cassidy 1999, Kearney 2001, Banyard ve ark 2004, Rynerson 2007). Cinsel saldırı kadınlarda ciddi sağlık sorunlarına da neden olmaktadır. Cinsel şiddet kurbanları raporlarda cinsel saldırıya uğramayan kadınlara göre belirgin biçimde daha çok fiziksel hastalıklara maruz kalmaktadır. Cinsel şiddet, kurbanı olan yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin ev ya da işyeri dahil herhangi bir ortamda cinsel içerikli eylemde bulunması ya da buna kalkışması, istenmeyen cinsel ifadeler kullanması ya da önerilerde bulunması, para karşılığı seksle ilgili herhangi bir girişimde bulunması ya da baskı yoluyla karşıdaki kişinin cinselliği üzerinde dayatmada bulunması, kadını istek dışında sık sık cinsel ilişkiye ve uygunsuz ilişkiye zorlamak, vahşice davranmak, savaş ortamındaki sistematik olaylar, cinsel ilişki talebinde bulunma önerisi, istenmeyen diğer cinsel öneriler ve sarkıntılık girişimleri, ya da bedensel özürlülerin cinsel istismarı, çocukların cinsel istismarı, evliliğe zorlama, çocuk yaşta evlendirme doğum kontrol yöntemi kullanma hakkını engelleme ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma önlemlerini reddetme, zorla düşük yaptırtma, kadın sünneti ve bekaret muayenesi gibi kadının

cinsel kimliğine yönelik şiddet davranışları ile maddi çıkar sağlamak amacı ile kadını seks işçiliğine zorlama gibi eylemleri içermektedir (Harris 1997, Rynerson 2007, Gömbül 1998, Cassidy 1999, Rigss ve ark.2000, Kearney 2001, WHO 2002).

1.3.2. Fiziksel şiddet

Tokat atmak, dövmek, vurmak, itmek, ısırarak, kemiklerini kırmak, duvara vurmak, Saç çekmek, kolunu bükme, yüze kezzap dökmek tekmelemek, bıçak çekmek, yaralamak, yakın mesafede el kol hareketleri yapmak, özel eşyalara zarar vermek, tokatlamak, yumruklamak bıçak ya da silah ile yaralamak ev/iş eşyalarına zarar vermek v.b fiziksel şiddet kapsamındadır (Gömbül 1998, Cassidy 1999, KADER 2003, Rynerson 2007).

1.3.3. Sözel (duygusal) şiddet

Söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (Çifçi 2007). Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kişiyi yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemektir. Aşağılayıcı sözler söylemek, eleştirmek, susturmak, karşı çıkmak, zaafı ile alay etmek, aşırı genellemeler yapmak (Sen hep böylesin, bunu her zaman yaparsın) suçlamak, küfretmek, alay etmek, küçük düşürmek, yüksek sesle bağırarak, eş (kadını) çelişki içinde bırakmak, eşini hizmetçisi imiş gibi kullanmak eşin (kadının) öz güvenini yitirmesini neden olmak sözel şiddet içine girmektedir (Stuart ve Sundeen 1987, Cassidy 1999, Kader 2003, Rynerson 2007).

1.3.4. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet ise ekonomik kaynakların ve paranın kişi üzerinde bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (Çifçi 2007). Evin masraflarını karşılamamak, hep sorun çıkarmak, aile bireylerine gerekli olan harçlığı vermemek, kadının iş ve meslek sahibi olmasını engellemek, çalışıyor ise işten ayrılmaya zorlamak çalışan eşin (kadının) elinden parasını almak, paranın ve mal/mülkün kontrolünü elinde bulundurmamak kadının para istemesini beklemek, paranın nereye harcandığını kontrol etmek, para yönetimi konusunda eleştirmek ve etiketlemek (Stuart ve Sundeen 1987, Cassidy 1999, KADER 2003, Rynerson 2007).

1.4. Şiddete Katkıda Bulunan Faktörler

Şiddete katkıda bulunan faktörler; çocukluk dönemi tecrübeleri, sağlıklı cinsiyet rolü, kadınların ekonomik güçsüzlüğü ve çocukların yaşları olarak belirtilebilir.

Çocukluk dönemi tecrübeleri; Aile içi şiddet uygulama daha önceden şiddet olayları ile karşılaşmış olma ile yakından ilişkilidir. Sosyal Öğrenme Teorisine göre çocukluk döneminde şiddet öğrenilmekte ve çocuk yetişkin olup bir aile kurduğunda çocukluk döneminde benimsediği rol modelini eşine karşı uygulamaktadır. Bu durum çocuklukta yaşanan şiddetin öğrenilerek daha sonra şiddet davranışına nasıl dönüştüğünü göstermektedir. Çocukluk döneminde kötü muamele gören ya da şiddet yaşayan bireyler yakın ilişkilerde bu durumu normal olarak değerlendirdikleri için evliliklerinde eşlerine şiddet uygulama oranları yüksek olmaktadır. Ayrıca çocuklar şiddete tanık olarak sadece saldırgan davranışları öğrenmeyip, şiddeti problem çözmede uygun olan yol olarak görmektedirler (Hendrix 1981, Fishwick ve ark.2001, Rynerson 2007).

Sağlıksız cinsiyet rolü; Bazı kadınlar kendilerini erkeklere göre değersiz ve yetersiz görmekte ve kendilerini erkeklere bağımlı hissetmektedirler Bu durum onların şiddete maruz kalma riskini artırmaktadır. Ayrıca bazı erkekler ekonomik yönden kendilerine güvendikleri için kendilerini başarılı bulmakta ve bu durum onların kendilerini bağımsız hissetmelerini sağlamakta ve onları yakın çevrelerine karşı saldırgan davranışlarda bulunmaya itmektedir.

Kadınların ekonomik güçsüzlüğü; Kadınlar genelde erkeklerden daha düşük ücret karşılığı çalışmaktadır. Bu nedenle çocuklara çoğunlukla maddi desteği eşleri sağlamaktadır; çünkü onların çocuklarını maddi yönden destekleyecek yeterli gücü bulunmamaktadır. Bu durum kadınları yaşadıkları ilişkilerde sık sık güçsüz konuma düşürmektedir.

Çocukların yaşları; Maddi imkânların yetersiz olması halinde, ailelerin yaşları küçük olan çocukları aile için stres kaynağı olabilmektedir. Anneler ekonomik yönden kocalarına bağımlı olduklarında ise kocalar hem eşlerinin hem çocuklarının

geçimini sağlamak zorunda kalmakta ve bu durum stres ve sorun kaynağı olabilmektedir (Rynerson 2007)

1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Çocuğa Yansıması

Çocukken tanık olunan veya maruz kalınan şiddetin, erkeklerin şiddet uygulama olasılığını ve kadınların da şiddete maruz kalma olasılığını iki kat arttırdığı gözlenmektedir. Mesela, anneleri babalarından dayak yemiş olan kadınların şiddete maruz kalma olasılığı iki kat fazladır. Şiddet döngüsü denen bu olgu konusunda genelleme yapmadan ekonomik durum, eğitim, ileri yaşlardaki toplumsallaşma deneyimleri gibi başka etkenleri de göz önüne almak gerekse de, çocuklukta şiddete tanık olma, şiddete başvurma veya kabul etme olgularını destekler görünmektedir. Bu durum, ailedeki toplumsallaşma sürecinin önemine işaret etmektedir (Altınay ve Arat 2007).

Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet kullanımı, toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanıp algılanmaması oldukça güç olmaktadır. Birçok toplumda kadına şiddet uygulanması kabul edilir bir davranış olarak algılanmakta ve evliliğin sıradan bir özelliği olarak görülmektedir. Şiddete uğrayan kadınlar için güvenilir, ciddi destek sistemlerinin olmaması ve aile içi şiddete yönelik yasal düzenlemelerde yetersizliklerin olması şiddetin artmasına katkıda bulunmaktadır (Güler 2005).

Aile içi şiddet kuşaktan kuşağa geçmekte ve yalnızca şiddet gören kişiyi değil, tanık olan kişilerin psikolojik durumlarını, özellikle çocukların psikososyal gelişimini etkilemektedir. Çocuklukta aile içi şiddete maruz kalanların ya da tanık olanların kendi yetişkinlik ailelerinde şiddeti daha yüksek oranda yaşadıklarını saptayan çalışmalar vardır. Türkiye’de kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada, şiddet gören kadınların tamamına yakınının çocukken de şiddet gördüğü ve sonradan kendi çocuklarını dövdüğü saptanmıştır. Çocukken şiddete maruz kalma ve tanık olma, psikiyatrik ve fiziksel morbidite nedeni olarak bildirilmiştir (Doğanavşargil ve Vahip 2006).

Aile içinde yaşanan öfke ve saldırganlık içeren davranışlara çocuklar ya kendileri doğrudan maruz kalmakta ya da aile içinde ortaya çıkan şiddete tanık olmaktadır. Aile içi şiddet uygulayanların büyük bölümünün kendisi doğrudan şiddet gören çocuklar arasından değil, ana babaları arasındaki şiddete tanık olanlardan çıktığı yönünde görüşlerin olmasına karşın, çocuklukta şiddet içeren davranışlara maruz kalan bireylerin erişkinlikte ciddi davranış bozuklukları gösterdikleri de görülmektedir. Bu bireylerin aynı zamanda kendi çocuklarına daha çok öfke ve saldırganlık içeren davranışlar gösterdikleri ortaya çıkmaktadır (Özmen 2004).

Çocuk için özdeşim nesnesi olan biri; örneğin baba aile içinden bir başkasına yineleyici bir biçimde şiddet uyguluyorsa, çocuğun saldırganla özdeşimi doğrudan şiddete maruz kalan çocuğun özdeşiminden daha kolay olabilmektedir. Aile içinde şiddete görsel ya da işitsel olarak tanık olmuş olan çocuklara “sessiz”, “unutulmuş” ya da “görünmez” kurbanlar adı verilmektedir. Bu çocuklar son yıllarda duygusal kötüye kullanma kategorisi içinde düşünülmektedirler. Doğrudan öfke ve saldırganlığa maruz kalmasalar da, bu çocuklar diğer kötüye kullanılmış ya da ihmal edilmiş çocuklarla aynı tür davranış özelliklerini göstermektedirler. Çocuğun örselenmesi annenin şiddete maruz kalması bittikten sonra da sürmektedir. Bu çocuklar yardıma gereksinimi olan, yaralanmış, berelenmiş annenin bakımını üstlenmek zorunda kalabilmektedirler. Bu yalnızca fiziksel bir bakım üstlenme durumu ya da şiddet gören annenin yeterli annelik yeteneklerini kaybetmesinden dolayı ihmale uğrama ile sınırlı değildir. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda psikiyatrik bozukluklar özellikle depresyon oranı yüksektir. Bunun yanı sıra, çocuk da içinde bulunduğu ortamın havasındaki bu çökkünlük duygularını içselleştirir. Ayrıca çökkün bir anneden psikolojik olarak ayrılmak ve birleşmek çocuk için iki ayrı zorluk taşır. Birincisi yeterli doyuma ulaşmayan çocuk tam olarak ne beklediğini bilemeden anneye yapışır. İkincisi çökkün bir anneyi kendi haline bırakıp da kendi yoluna gitmek isterse suçluluk duyar. Aile içi şiddetin sessiz tanığı bir anlamda annesine annelik yapma gereksinimi duyacaktır. Sonuç olarak, rollerin değiştiği bu çarpık ilişki özerkliği sınırlandıran sağlıklı bir ilişkidir. Ayrıca her çocuk babasını olumlu anlamda güçlü biri olarak görme ve o şekilde özdeşim yapma gereksinimi içindedir. Oysa şiddet uygulayan baba, çocuğun dünyasında güven ve sevgi kaynağı değil; korku ve öfke kaynağı, tutarsız ve güvenilmez biri haline gelir. Anneye destek olan değil, onu aşağılayan hor gören biridir. Çocuk için bir diğer güçlük, şiddet

uygulayan baba imgesi ile ailenin bakımını üstlenen, çocuğa sevgi duyan baba imgesi arasındaki gidiş gelişlere değişimlere uyum sağlama güçlüğüdür (Vahip 2002).

1.6. Şiddet Uygulayan Erkeklerin Özellikleri: (Ayrancı ve ark.2002, Işıloğlu 2006, Çifçi 2007).

Şiddet uygulayan eşlerin 1/3'den daha fazlasının ailesinde de şiddet davranışının var olduğu ifade edilmiştir. Şiddetin kuşaklar arası iletimi ve bir davranış modeli olarak görülmesi başka araştırmacılar tarafından da vurgulanmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde şiddet uygulayan erkeğin özellikleri aşağıdaki maddeleri içermektedir;

- Zayıf kişilik yapısına sahip olma
- Sıklıkla terk edilme, kayıplar, yarımsızlık, bağımlılık, güvenlik duygusunda azalma,
- Kendine güven eksikliği,
- Baskılanmışlık duygusu taşır,
- Hayattaki olumsuz olaylarla başa çıkmada yetersiz kalır.
- Kişilik bozukluğu tanısı konulanlara sık rastlanmaktadır.
- Engellenmeye karşı düşük tolerans gösterir.
- İstismar ve şiddetin bulunduğu ailelerde büyümüştür.
- Kendi davranışlarıyla ilgili inkâr, küçümseme, iddiacı ve yalana yönelme şeklinde

bir tutum içindedir.

• Şiddet konusundaki görüşlerine bütün dünyanın katıldığını ve şiddetin günlük hayatla baş etme yollarından biri olduğu görüşündedir.

- Çocukluklarında benzer olaylara tanık oldukları için şiddete başvurur.
- Empati yapma yeteneği zayıftır.
- Kadın ve erkek davranışları konusunda katıdır.
- Sıklıkla kendisini özel olarak görmekte, koruyucu ve bakım verici olarak özel ilgiye

hakkı olduğunu düşünmektedir.

- Kişilik özellikleri ya da ruhsal bozuklukları sebebi ile şiddet uygulamaktadırlar.

- Alkol alma, sarhoşluk, madde bağımlılığı sık görülür, aşırı kıskançtır.

Kadına şiddet uygulayan erkeğin bu davranışının temelinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yattığı ifade edilmektedir. Toplumsal cinsiyet erkek ve kadının biyolojik cinsiyetinden farklı olarak toplumda bir kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu rol dağılımında erkekler sahip olduğu gücü kötüye kullanarak kadınlar aleyhine bir yapılanmanın oluşmasını sağlamışlardır. Bu durum toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak tanımlanmıştır ve kadınların toplumda var olan olanaklardan erkeklere göre daha az yararlanmasına neden olan bir durumdur (Akın 2008).

1.7. Şiddet Uygulanan Kadının Özellikleri

Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı bir aile ortamında pasif olmaya yöneltilmiş, sosyal açıdan yalnız olup, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır. Sosyal yönden yalnız olan kadın, toplumun kendini suçlamasından, cezalandırmasından veya etiketlemesinden korktuğu için şiddet durumunu açıklamaz. Eşinin saldırgan davranışlarından kendini sorumlu tutar, dövülmeyi bazı kişisel yetersizliklerin nedeni olarak görür, eşinin bir gün değişeceğine dair inancını hiç kaybetmez. Benlik saygısı düşük, değersizlik duyguları olan, öğrenilmiş çaresizliğe bağlı olarak problem çözme davranışı azalmış, çekingen, içe kapanık, bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunları olmasına karşılık, yaşadıkları şiddeti inkâr etme eğilimindedirler. Aile ve ev çevresindeki rolü gelenekselcidir. Ayrıca, kadının bir mesleğinin ve ekonomik yeterliliğinin olmayışı, ayrılık durumunda kendisinin ve çocuklarının yoksul kalmaya mahkûm olacağı düşüncesi de kadın için şiddeti kabul edilebilir kılmaktadır (Akın ve ark. 1998, Gömbül 1998, Yanıkkerem 2002, Baysan 2003, Özmen 2004).

1.8. Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri

Şiddete maruz kalan kadınlar çoğunlukla buna katlanmaktadırlar. Kadına yönelik şiddet ile ilgili araştırmalar kadınların yaşadıkları şiddeti kolay ifade edemediklerini ortaya koymaktadır. Bazı kadınlar bir kez şiddete uğradığında yardıma başvurdukları halde bazı kadınlar sürekli olarak şiddet görseler bile aynı

koşullarda yaşamaya devam etmektedirler. Bir kez fizikse şiddete uğrayan bir kadının bu davranışla tekrar karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir Kadın bu gerçeği bilse bile bu koşullarda yaşamaya devam edebilir. Kadının bu kısır döngü içinde yaşamasına neden olan faktörler çok çeşitli ve karmaşıktır.

Kadınların şiddete katlanma nedenleri incelendiğinde; yapılacak bir şey olmadığını düşünme, kimsenin kendisine yardım edemeyeceğine inanma, şiddetin tüm evliliklerde olduğunu ve sonradan biteceğini düşünme, ekonomik bağımlılık, yalnız kalamama, işinin olmaması, eğitim seviyesinin düşük olması, dul kadınlara toplumun ön yargılı davranması gibi nedenler sayılabilir. Bazıları ise erkeklerin kendilerini sevdikleri için şiddet uyguladıklarını düşünürler. Ancak çoğu kadın korktuğu için şiddete katlanır. Şiddete uğrayanların çocuk sahibi olması durumunda babanın çocuk üzerindeki hakları ve çocuğun babasına bağımlılığı nedeni ile ayrılmak güç olmakta ve şiddet devam etmektedir. Şiddete uğrayan kadının eşinden ayrılmak istemesi veya ayrılma girişiminde bulunması şiddet riskini ve ölüm tehdidini artırmaktadır (Eryılmaz 2001, Tel 2002).

Saldırgan davranışlara maruz kalan kadınların özellikleri ise şunlardır (Akın ve ark. 1998):

- Duygusal açıdan katı bir aile ortamında, pasif olmaya yöneltilmiştir
- Sosyal açıdan oldukça yalnız ve şiddetin bütün evliliklerde olduğuna inanmaktadır
- Saldırgan davranışlardan kendisini sorumlu tutar
- Saldırganın bir gün değişeceği inancını hiç kaybetmez,
- Aile ve ev yaşamında algıladığı cinsiyet rolünü gelenekseldir
- Oldukça ciddi psikolojik ve fizyolojik sorunları olmasına rağmen yaşadığı öfkeyi ve şiddeti inkar etme eğilimi taşımaktadır.

Kadına şiddet uygulanabileceğini düşünen ve şiddet uygulayan erkekler yanında bu durumu uygun gören çok sayıda kadın vardır. Kadına yönelik şiddet konusunda kadınların şiddeti ne kadar içselleştirdiğinin incelendiği 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre kadınların % 39,0'u, kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması,

çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkide bulunmayı reddetmesi gibi nedenlerin herhangi birisine bağlı olarak eşlerinin kendilerine fiziksel şiddet uygulayabileceğini kabul etmektedir. Türk kadınları arasında fiziksel şiddet görmek için en geçerli neden kocaya karşılık vermektir (% 29,0). Evliler, çocuk sayısı 5 ten fazla olanlar, genç kadınlar, kırsal bölgede yaşayan kadınlar, eğitimsiz kadınlar fiziksel şiddeti daha fazla oranda içselleştirmektedirler (Erbaydar 2008).

Öfke ve saldırganlığın yansıması olan şiddetin farklı toplumlarda ve farklı toplumsal yapılarda benzer özellikler göstermesi; genellikle toplumsal kuralları belirleyen erkek egemen ideolojinin de etkisiyle, erkeğin kadın üzerinde hâkimiyet sağlamak amacıyla kadına uyguladığı çeşitli şiddet davranışları şeklinde karşımıza çıkmakta, bir otoriteyi kanıtlama ve egemenlik ilişkisinin sürdürülme aracı olarak kullanılmakta ve temelde erkek egemen toplum yapısından kaynaklandığı savını gündeme getirmektedir (Jevkers 2000, Özmen 2004). Bu nedenle kadına yönelik şiddetin daha iyi anlaşılmasında, kamusal ve özel alanda cinsiyetler arası güç dengesizliğinin irdelenmesi gerekir. Farklı toplumsal yapılarda kadının aile içindeki konumu fazla değişmemektedir. Kadının aile içindeki konumu, erkek merkezli ya da erkeğe göre tanımlanmakta ve kadın kendine sunulan “iyi eş”, “iyi anne”, “iyi ev hanımı” vb. kimlikleri çocukluğundan beri yaşadığı sosyalleşme sürecinin sonucu olarak baştan kabullenmekte ve bağımsız bir kişi olduğunu reddetmektedir. Kadının, kabullenmek zorunda kaldığı kimliklere uymayan tutum ve davranışlarını, erkek doğrudan kendi egemenliğine yöneltmiş bir tehdit olarak algılamakta, bundan ötürü aile içinde kadına yönelik şiddet ortamı doğmaktadır. Toplumsal süreç açısından sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik anlamda şiddete karşı donanımlı olmayan kadın, şiddeti olağanlaştırarak aile yaşamını sürdürmektedir. Kadın çoğu zaman fiziksel şiddet dışında kalan duygusal, ekonomik, sosyal çevreden tecrit edilme gibi şiddet biçimlerini yaşadığının bile farkına varamamaktadır (Özmen 2004) .

Erkeğin eşine uyguladığı şiddet yaş, sosyo-ekonomik durum, din, etnik kökenden etkilenmemektedir. Ancak gebelik, bekarlık ve boşanmış olmak veya eşinden ayrı yaşamak kadının şiddet görme riskini artırmaktadır. Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı bir aile ortamında pasif olmaya yöneltmiştir, sosyal açıdan yalnızdır, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır, saldırganın davranışlarından kendini sorumlu tutmaktadır, onun bir gün değişeceğine dair

inancını hiç kaybetmez, bu nedenle itaatkârdır. Benlik saygısı düşük ve bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunları olmasına karşılık, yaşadıkları şiddeti inkâr etme eğilimindedirler (Özmen 2004).

1.9. Ailede Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Kadına yönelik şiddet; DSÖ tarafından kadın sağlığına verdiği ciddi zararlar nedeniyle öncelikli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Kadına yönelik şiddet pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bunlar fiziksel, zihinsel ve ölümcül olabilmektedir (Harris ve ark. 1997, Gömbül ve Buldukoğlu 1997, Frost 1999, Krug ve ark. 2002, Kocacık 2004, Altan ve Şirin 2005, Alsaker ve ark. 2006, Müberra 2006, Çifçi 2007, Rynerson 2007, Biriken 2008, Kartal 2008, Erbaydar 2009).

Fiziksel Sağlık Sonuçları

- Organik nedeni olmayan ağrılar
- Kardiovasküler hastalıklar
- Kronik ağrılar (karın, baş, yüz ,sırt, göğüs ağrısı ve baş ağrısını izleyen travma ya da konvüzyon)
- Sinirsel bağırsak hastalıkları belirtileri
- İşitme kaybı
- İstenmeyen gebelikler
- Düşükler
- Cinsel temasla bulaşan hastalıklar
- Pelvik enflamatuvar hastalıklar
- Organ travmaları
- Sinirsel bağırsak hastalıkları belirtileri
- Yaralayıcı, zarar verici sağlık davranışları (sigara içmek)
- Sindirim sistemi hastalıkları
- Jinekolojik sorunlar (Adet düzensizliği yaşama, kanama miktarında artış, kanama miktarında azalma, ağrılı cinsel ilişki, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlar).

Zihinsel sağlık sonuçları

- Depresyon

- Anksiyete
- Post travmatik stres
- Sıkıntılı olma hali
- Psikosomatik hastalıklar
- Toplum içine karışmakta isteksizlik, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşıma
- Bazı duyguları yaşayamama (örneğin sevme duygusu)
- Yoğun korku,
- Öz güven kaybı (suçluluk duygusu, kendine olan saygının kaybı)
- Değişikliklerden kaygı duyma
- Cinsel işlevsizlik
- Uyku bozukluğu
- Dikkat dağınıklığı, bir işe dikkatini toplayamama
- Azalmış öz benlik saygısı
- Öfke patlamaları
- İştahta artma ya da azalma
- Uyku problemleri
- İntihar düşüncesi
- Duygulanım bozukluğu
- Gelecekte korkma
- Bitkinlik ve yalnızlık duygusu
- Obsesif- kompulsif davranış bozuklukları
- Yaşamdan zevk almama (Harris ve ark. 1997, Gömbül ve Buldukoğlu 1997, Frost 1999, Kocacık 2004, Çifçi 2007, Rynerson 2007, Özvarış 2008, Biriken 2008, Kartal 2008, Erbaydar 2009).

Bu belirtiler olayın arkasından kısa bir süre geçtikten sonra ortaya çıkabildiği gibi olaydan uzun bir süre sonra da ortaya çıkabilmektedir.

Ölümcul sonuçlar

- İntihar, katl (Harris ve ark. 1997, Solly ve ark. 2000, Kocacık 2004, Rynerson 2007, Kartal 2008, Erbaydar 2009).

1.10. Şiddet Depresyon İlişkisi

Aile içi şiddet olgularının en sık olarak somatik belirtiler ile başvurdukları, bunu anksiyete, depresyon ve cinsel belirtilerin izlediği görülmektedir (Akyüz ve ark.2002). Tıbbi bir deyim olarak depresyon bellek bilişsel işlevler, duygu durum bozulmalarına eşlik eden fiziksel ve davranış değişikliklerinin ortaya çıktığı ciddi bir hastalıktır. Duyguları düşünceyi, iştahı, uykuyu ve eylemleri etkilemektedir. Depresyon Amerika’da ve dünyada en yaygın tıbbi sorunlardan birisidir. Dört Amerikalı’dan biri yaşamının bir döneminde en azından bir depresyon atağı geçirmektedir (Alper 1997, Schotte 1997, Clinic 2004). Bir insanın yaşamı boyunca depresyon geçirme olasılığının % 25 olması, bu hastalığı her dört kişiden birinin yaşaması bir veya birden çok kez etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla görülmesi bu grupların depresyon yönünden daha yakın takip edilmesini zorunlu kılmaktadır (Seber ve ark. 1995).

Geçmişinde çocukluk kötüye kullanımı, savaş ve ciddi bir suça tanık olma gibi derin üzüntü veren olaylar yaşamış kişiler bu şekilde deneyimleri olmayan kişilere göre, depresyon geliştirme açısından daha yüksek risk taşırlar. Ağır stresler fizik ve ruh sağlığı üzerinde uzun süren etkisi olan bedenin birçok yanıtını tetikleyebilir. Yaklaşık 10.000 erişkini kapsayan bir çalışmada, çocukluğunda birçok travmatik yaşantısı olan kişilerin depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olasılık taşıdığı bulunmuştur. Sorunlu aile çevresinin bazı özellikleri bir erişkin gibi çocukta da depresyon riski oluşturabilir. Bunlar; eşler arasında yüksek düzeyde çatışma, aile içi şiddet, kötüye kullanım, ayrılık, boşanma veya ölüm nedeniyle anne –babadan birinin kaybı, anne babadan birinin hastalığı (Jevkers 2000, Cılınıc 2004).

Depresyon pek çok gelişmiş ülkede sıklıkla kadınlarda karşılaşılan bir ruh sağlığı sorunudur (Gömbül 1998, Sevil ve ark. 2007). Ayrıca eski ve yaygın bir psikiyatrik hastalıktır. Hoş olmayan duygusal durum, umutsuzluk, karamsarlık ve sıkıntı hali olarak tanımlanan depresyon için süre giden engellemeler, hayal kırıklıkları, benlik saygısındaki azalma, travmalar, hayali ya da gerçek olaylar hazırlayıcı etmenlerdir. Suçluluk duygusu ve benlik duygusundaki azalma depresyona gidişi hızlandırır özelliktedir. Şiddete uğrayan kadınlarda; duygusal patlama ve ağlamalar, uyku bozuklukları, isteksizlik, hayattan zevk almama, değersizlik duygularının varlığı ve intihar aslında depresyonun belirtilerindendir

(Gömbül 1998,Vedat 2005). Depresyon kadınlarda erkeklerde görüldüğünden iki kat daha yaygındır. Yaşam boyunca erkeklerde %10 oranında görülürken, kadınların yaklaşık % 20 sinde görülmektedir. Depresyon kadınlarda erkeklerden daha erken yaşlarda sıklıkla 25-44 yaşları arasında görülür. Depresyonun evli ve çocuk sayısı fazla olan kadınlarda görülme oranı ise daha sıktır. Birçok ülkede depresyon kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kez fazla görülmektedir. Avustralya, Nikaragua, Pakistan ve Amerika’da yapılan çalışmalara göre eşleri tarafından şiddete uğrayan kadınlar, uğramayan kadınlara göre depresyon, anksiyete, fobiler açısından daha fazla risk altındadırlar. Nikaragua’ da 15-49 yaş grubu dövülen, hırpalanan kadınlar diğer kadınlara göre altı kez daha fazla duygusal üzüntü yaşamaktadır ve bu kadınların yaklaşık % 70 inde mental sağlık sorunları bulunmaktadır (Riggs ve ark. 2000, Sevil ve ark.2007).

Şiddet kadınların öz benliğine zarar vermekte ve kadınları depresyon, post travmatik stres (PTSD), intihar alkol ve madde istismarını içeren çeşitli sağlık sorunları riski ile karşı karşıya getirmektedir. Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, cinsel taciz, cinsiyet ayrımı, istenmeyen gebelik gibi konular kadının ruhsal durumunu etkilemektedir. Cinsel şiddetin kurbanı olan kadınlarda, depresyon, anksiyete, somatik şikayetler, obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili belirtiler sık görülmektedir (Sevil ve ark.2007).

Aile içi şiddet kurbanlarında duygusal ve mental sağlık sorunlarını ortaya çıkılmaktadır. Post travmatik stres oranları % 30 - % 80 arasında bulunmaktadır. Depresyon aile içi şiddet olaylarında sık görülen bir sorundur. Raporlar depresyon nedenleri araştırıldığında % 50 den daha fazla oranın aile içi şiddet nedeniyle meydana geldiğini göstermektedir (Riggs ve ark. 2000).

Post travmatik stres sendromu, yaşanan olayın şiddetine göre değişiklik göstermektedir. İyileşme birçok faktörden etkilenmektedir. Post travmatik stres sendromunun tedavisi çok zor olmaktadır; çünkü semptomlar sorununun içine saklanmış, yaşamındaki olaylar ile bütünleşmiştir ve bu durum iyileşme ve belirtilerin izlenmesini zorlaştırmaktadır. İyileşme kadının yaşama gücüne, tekrar sağlığına kavuşma isteğine ve profesyonel destek alma durumuna bağlı olarak değişmektedir (Solly ve ark 2000).

Amerika'daki çalışmalar şiddet olaylarına medyanın ilgisi ve bu olayları ekrana yansıtmalarının kadına yönelik şiddet oranlarını artırdığını ortaya koymaktadır. ABD'de 15-44 yaş grubu kadınların yaralanma olaylarında şiddet ikinci neden olarak gelmektedir. Kadınlarda şiddete maruz kalma, santral sinir sistemi, jinekolojik ve anksiyete ile ilişkili psikolojik sorunları % 50 -% 70 oranında artırmaktadır. 82 kadın ile yapılan depresyon araştırmasında eşlerinden şiddet gören kadınların % 61 oranında yaşadıkları travma nedeniyle depresyon tanısını aldıkları ve yaşadıkları şiddetle ilişkili olarak depresyonda ciddi artış olduğu ortaya konulmuştur. Yıllık olarak şiddetin neden olduğu tıbbi harcama, polis, mahkeme, koruma sağlama, evlatlık verme, üretici olamama gibi olaylar maddi olarak tahmini 7,6 milyon dolara mal olmaktadır (Rynerson 2007).

Fiziksel saldırı ve tecavüzler majör depresyon ve intihara teşebbüs oranını artırmaktadır. Post travmatik stres ve depresyona ek olarak fiziksel ya da cinsel şiddet panik atak ve diğer psikolojik hastalıklar şeklinde büyük kurban grupları ortaya çıkarmaktadır. Cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrayan kadınlar tıbbi yardım almakta ve yaşadıkları şiddet nedeniyle akut ya da kronik sağlık problemleri yaşamaktadırlar (Gunter 2007). Kadınlardaki alkolizmin % 40'ının nedeni süregelen şiddettir. Kadın psikiyatri hastalarının % 30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır. Kadınlardaki intihar girişimlerinin % 50'sinde dayak olayı bulunmaktadır. Kadına yönelik şiddet, fiziksel ve psikolojik zarar boyutu dışında ekonomik ve sosyal boyutlarıyla da önemlidir. Her türlü şiddetten kaynaklanan yaralanmaların tedavi giderleri yılda 500 milyon doları bulmaktadır. şiddet sonucu oluşan işgücü kaybı kadının statüsünü de olumsuz yönde etkilemektedir (Atman 2003).

1.10.1. Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etkenler: (Solly ve ark.2000, Rynerson 2007).

Biyolojik nedenler kadınlarda depresyon oranlarının yüksek olmasının tek sorumlusu değildir. Kadınlar depresyon risklerini artıran sosyal ve kültürel streslerle karşılaşmaktadır. Bu stresler erkeklerde de olmaktadır ancak genellikle daha düşük oranlardadır.

Eşit olmayan güç ve statü

Genel olarak kadınlar erkeklerden daha az para kazanmakta ve ellerinde daha az güç bulunmaktadır. Günümüzde Birleşik Devletlerde yoksulluk içine yaşayan nüfusun 3/4 ü kadınlar ve çocuklardır. Düşük sosyo ekonomik durum, geleceğin belirsizliği ve toplumsal tıbbi kaynaklara daha az ulaşabilmek gibi birçok sorunu ve stresi beraberinde getirir. Kadın veya erkek bireyler yaşamlarını kontrol edemediklerini hissederseniz negativizm ve kendilik algısının olmaması gibi depresyon riskini artıran bazı duygular yaşarlar.

Aşırı çalışma

Dışarıda çalışan kadınlar ayrıca ev işi de yapmak zorunda olduğu gibi haftalık çalışma saatleri de çoğunlukla erkeklerden daha fazladır. Bunun yanında birçok kadın, ebeveyn rolünü tek başına üstlenmek zorunda kalarak bunun getirdiği stresi de yaşamaktadır. Hatta kadınlar büyütme çalıştıkları bebekleri ile bakım verdikleri yaşlı ve hasta aile üyeleri arasında sandviç gibi sıkışmaktadır.

Cinsel ve fiziksel kötüye kullanılma

Çalışmalarda çocukluklarında saldırıya uğramış kadınların yaşamları boyunca saldırıya uğramayanlara göre depresyon yaşama olasılığının daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmalarda ayrıca onlu yaşlarında veya genç yetişkin dönemde tecavüze uğramış kadınlarda da depresyon insidansının yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsel istismar erkek çocuklarda ve genç erkeklerde de olsa kız çocukları ve genç kadınlarda daha yaygındır. Yetişkin kadınlarda partneri, ya da aile bireylerinden birisi tarafından uygulanan şiddetli ruhsal istismar, fiziksel şiddet ya da ikisinin birlikte olması gibi ev içi istismar yaşanmaktadır. Cinsel ve fiziksel kötüye kullanılma kendilik algısının ve kendilik değerinin kaybı ile sonuçlanabilir ve travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlara neden olabilir.

1.11. Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler

Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler konulu 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi gereğince, kadınlara yönelik şiddet hareketleriyle töre ve namus cinayetlerinin önlenmesi konusunda koordinatör kurum olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

(KSGM) görevlendirilmiştir. Bu genelgenin sağlık başlığı altındaki maddeler şöyledir:

1.Madde: Sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışan sağlık personelinin kadına yönelik şiddeti tanınması, tespit etmesi gerekli müdahaleleri yapabilmesi ve şiddete uğrayan kadınları uygun kuruluşlara yönlendirmeleri için gerekli alt yapının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmelidir. Sorumlu Kuruluşlar: Sağlık Bakanlığı, Üniversitelerarası Eğitim Komisyonu, Üniversitelerin Eğitim Müfredat Komisyonları, Üniversite ve Özel Sektöre ait Sağlık Kuruluşları.

2.Madde: Tüm sağlık kuruluşlarında şiddet mağduru kadınlara yönelik özel birimlerin oluşturulması zorunlu hale getirilmelidir. Bu birimlerde hekim ve hemşire gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra kadına yönelik şiddet konusuna duyarlı sosyal hizmet uzmanı ve psikologların çalışması sağlanmalıdır. Bu birimde çalışanların kadına yönelik hizmet veren mekanizmaları harekete geçirebilmek için gerekli bildirimini yapmaları sağlanmalıdır.

3.Madde: Aile planlaması hizmetleri başta olmak üzere bütün üreme sağlığı hizmetlerinin özellikle birinci basamak kuruluşlarında kadınlar için ücretsiz ulaşılabilir ve kaliteli bir şekilde verilmesi sağlanmalıdır. Sorumlu Kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı Üniversite ve Özel Sektöre ait sağlık kuruluşları

Şiddet mağduru ve risk altındaki kadınların yardım alabilecekleri hizmet alanları arasında en başta sağlık hizmetlerinin geliyor olması, en çok sağlık sektöründe çalışanlara güven duymaları ve en çok onlardan yardım talep etmeleri dört konunun bizler açısından önemini arttırmaktadır. Bu nedenle hem bu mağdur insanlara daha fazla yardımcı olabilmek için, hem de bu konuda çalışacak olan sağlık personelimizin konu ile ilgili bilgi ve becerilerini arttırmak amacıyla Kadından Sorumlu Devlet Bakanı ile Sağlık Bakanımız 3 Ocak 2008 tarihinde "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi" adlı protokolü imzalamışlardır. Koordinatör birimler olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tespit edilmiştir. Bu protokol kapsamında 81 ilden yaklaşık 500 kişinin 5 gün süreli eğitici

eğitimleri sağlanması, bu kişilerin kendi illerindeki ilgili personeli eğitmeleri ile yaklaşık 75 000 sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı) eğitimlerinin tamamlanmış olması ,bu eğitimlerde sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda bilgilendirilmesi, aile içi şiddetin erken dönemde tespiti ve bu durumlarla karşılaştıkları zaman sağlık personelinin yaklaşımının nasıl olacağı gibi konularda bilgi sahibi olmaları ile ilgili planlamalar yapılmıştır. Eğitimlerle ilgili olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Bakanlığımızda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüklerince çalışmalar başlatılmış olup; izleme komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon haftada bir toplanmaktadır (Kartal 2008).

Şiddet mağduru bir kadın bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda Sağlık Bakanlığı teşkilatlanması içinde uygulanacak prosedürler konusunda taslak çalışma taraflarca hazırlanmıştır. Şiddet mağduru kadın, bir sağlık kurumuna başvurduğunda; tanı, tıbbi bakım ve tedavi, kayıt ve bildirim, danışmanlık, yönlendirme, takip sırası izlenecektir. Bu eğitimlerden sonra aile içi şiddetle mücadele aynen; bebek çocuk takibi, aşılama, 15-49 yaş kadınların takibi gibi rutin sağlık hizmetleri içinde yer alacaktır. Sağlık evi ve sağlık ocaklarında çalışan sağlık personeli aile içi şiddete duyarlı davranarak erken dönemde mağdura psikososyal desteğin verilmesi sağlanacaktır. Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde bu hizmetler Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığı ile yürütülecektir. Gerekğinde Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde, Hastanelerin Krize Müdahale Merkezleri veya Psikiyatri Servislerinde danışmanlık hizmeti verilecektir. Bu hizmetler çeşitli aşamalarda ilgili diğer kuruluşlarla (Sosyal hizmetler, Belediyeler, Emniyet, Adliye vb.) işbirliği içinde takip edilecektir (Kartal 2008).

Kadına yönelik aile içi şiddetin ortadan kaldırılması için kurumsal yapıların güçlendirilmesi amacıyla Avrupa Birliğinin Mali Katkısı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun teknik desteği ile KSGM tarafından yürütülen ‘Kadına Yönelik Aile İçi şiddetle Mücadele Projesi kapsamında 2007-2010 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı’ hazırlanmıştır. Plana, kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra yerel yönetimlerin üniversitelerin ve kadına yönelik şiddetle mücadele alanında çalışmalar yürüten sivil toplum kuruluşlarının katkıları da sağlanmıştır.

Bu planın amacı, ülkemizde aile içinde kadına yönelik her tür şiddetin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin tüm tarafların işbirliği ile uygulamaya koyulmasıdır.

Hedefler

1.Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele konularında yasal düzenlemeler yapılması ve uygulamadaki aksaklıkları ortadan kaldırmak

2.Aile içi şiddeti doğuran ve pekiştiren olumsuz tutum ve davranışların ortadan kaldırılması amacıyla toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik aile içi şiddet konularında toplumsal farkındalık oluşturup zihinsel dönüşüm sağlamak

3.Kadın sosyo-ekonomik konumunun güçlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak ve uygulanmasını sağlamak

4.Aile içinde şiddet gören kadına ve varsa çocuklarına yönelik ulaşılabilir koruyucu hizmetlerin düzenlemesi ve uygulanmasını sağlamak

5.Aile içinde şiddet gören kadına ve şiddet failine yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini düzenlemek ve uygulanmasını sağlamak

6.Aile içinde şiddet gören kadına ve varsa çocuklarına yönelik hizmet sunumunda kurum/kuruluş ve ilgili sektörler arası işbirliği mekanizması kurmak (KSGM 2008) .

1.12. Dünyada Ve Türkiyede Kadına Yönelik Şiddet Durumu

Uluslar Arası Af örgütünün Nüfus Raporuna (KSGM 2001) göre; dünyada

- Kadınların yaklaşık 1/3 ü değişik boyutlarda şiddete maruz kalmaktadır.
- Her üç kadından en az biri dövülmekte, cinsel ilişkiye zorlanmakta ya da farklı bir biçimde tacize uğramakta; Kadına kötü muamele eden kişilerse genelde kadının kendi ailesinden ya da tanıdığı insanlar arasından çıkmaktadır
- Avrupa Konseyi, 16-44 yaş arası kadınların ölüm ve sakatlanmalarının ana sebebinin aile içi şiddet olduğunu ve bunun kanser ya da trafik kazalarındaki ölüm ve sakatlanma oranından çok daha fazla olduğunu beyan etmiştir.
- Bugün cinsiyet yüzünden yapılan kürtaj ve doğum sonrası kız bebeklerin öldürülmeleri sonucunda kaybolan" kadın sayısı 60 milyondan fazladır.

- BM kadına yönelik şiddet özel raportörünün raporlarına göre 1999'da ABD'de aile içi şiddete maruz kalan kurbanların % 85'ini kadınlar oluşturmaktadır.
- Dünya Sağlık Teşkilatı kadın cinayet kurbanlarının neredeyse yüzde yetmişinin erkek partnerleri tarafından öldürüldüğünü rapor etmiştir (KSGM 2001).

Birçok epidemiyolojik çalışma suç ya da diğer ruhsal sarsıntı oluşturan olayların önemli bir sosyal sorun olduğunu belirtmektedir. 5,877 erkek ve kadından oluşturulan örneklemde % 11,1 erkek ve % 6,9 kadının fiziksel saldırıya uğradığı ve % 9,2 kadın ve % 1 den daha az erkeğin geçmişte tecavüz yaşadığı rapor edilmiştir. ABD'de 1000 yetişkin kadın ve erkek örneklem grubu ile yapılan çalışmada daha yüksek prevelanslarda şiddet olayları saptanmıştır. Sonuçlara göre; % 18,7 oranında erkek ve % 11,7 oranında kadın fiziksel saldırıya ve benzer oranlarda cinsel saldırıya uğradığı rapor edilmiştir. Ülke çapında 4.008 kişilik kadın örneklem grubunda kadınların % 10' unun fiziksel saldırıya uğradığını, % 14'ünün cinsel taciz ya da tecavüz girişimine hedef olduğunu, % 13' ünün tam bir tecavüze (vajinal, oral, anal) uğradığını belirlemişlerdir. Amerika'da yapılan ulusal şiddet çalışmasının 1992-1994 sonuçları şiddete uğrama riskinin 20'li yaşlarda en üst noktaya ulaşip sonraki yaşlarda düzenli olarak azaldığını göstermektedir. Genç bireylerde şiddet riski daha fazla olmaktadır. Özel olarak şiddet olayları % 22 oranında 12-24 yaşları arasında meydana gelmekte ve şiddet içeriğinin % 49'unu; tecavüz, cinsel saldırı, cinayet oluşturmakta ve hedef olarak çocuklar ve genç kadınlar alınmaktadır. Benzer bir çalışmada 714 örneklem grubu ile yapılan tecavüz ve saldırıya maruz kalma ile ilgili çalışmanın sonuçlarına göre; tecavüz ve saldırıya maruz kalma olaylarının % 29'unun 11 yaşlarında , % 32'sinin 11-17 yaşları arasında, % 22'sinin 18-24 yaşları arasında gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Tecavüz ve saldırı olaylarının büyük çoğunluğunun % 83' ünün 25 yaş altında yaşandığı görülmüştür.

Her yıl 2 milyon ve 4 milyon arasında kadın fiziksel duygusal ve cinsel saldırıya uğramaktadır. Evli çiftlerde saldırganlık ve şiddet olaylarının prevelansı % 20-30 oranında daha yüksek olmaktadır. Her 8 kocadan biri eşine karşı yılda en az bir kez şiddet ya da saldırıda bulunmaktadır. Hamile kadınlarda fiziksel şiddete uğrama sıklığı daha fazla olmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre gebelikte şiddete

uğrama riski gebe olunmayan döneme göre 3 kat fazla olacak şekilde artmaktadır. Eş şiddeti kadınların yaralanma nedenlerinden en büyüğüdür (Resnick ve ark.2000).

Dünya Sağlık Örgütü Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet çalışması (2005)'na göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13-% 61 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı % 6-% 59 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların eşlerinden en fazla tokatlanmak şeklinde fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlara eşleri tarafından yumruklanma tekmelenme yerde sürüklenme silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı % 4-% 49 arasında değişmektedir (Erbaydar 2008).

ABD de 6,4 dakikada da bir cinsel saldırı olmakta ve 6 kadından biri yaşamı boyunca bir kez saldırıya uğramaktadır. Kadınlarda yakın çevresindekiler tarafından tecavüze uğrama sıklığı dört kat fazla olmaktadır. Fakat bunlar rapor edilememektedir. WHO (2002) çalışma sonuçlarına göre Birleşik Devletlerde on ülkeden 24 000 kadın ile yapılan çalışmada % 15-% 71 oranında kadının eş şiddetine maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Yaklaşık olarak Amerika'da yılda 1,3 milyon kadın eş şiddetine maruz kalmaktadır kadına yönelik bu şiddet olayları en çok cinsel saldırı şeklinde olmaktadır. Bir günde ortalama üç kadın eşleri tarafından cinayete kurban gitmektedir. Kadınlarda istismar ve cinayete kurban gitme olayları gebelik sırasında üç kat artmaktadır (Fishwick 2001, Rynerson 2007).

ABD'de yapılan araştırmalarda her yıl yaklaşık 2 milyon kadının eşleri tarafından ev içi şiddete maruz kalmakta olduğu ve kadınlarda acil servislere gelen yaralanma olaylarının sıklıkla ev içi şiddet nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir. Eş şiddeti nedeniyle her yıl kadınların 28 700 ü acil servislerine, 39 000' i özel muayenehanelere başvurmakta, eş şiddeti 44 milyon dolar tıbbi harcama ve 175 000 iş günü kaybına neden olmaktadır. Kadına yönelik şiddet kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir. ABD de yapılan bir çalışmada her yıl 1,5 milyon kadının eşleri tarafından fiziksel ya da cinsel saldırıya uğradığı ve öldürücü olmayan eş şiddetinin her yıl 150 milyon dolar finansal kayba neden olduğu belirlenmiştir (Solly ve ark. 2000, Kearney 2001).

İngiltere’de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının % 90’ı, ABD’de 148 doktor arasında yapılan çalışmada doktorların hepsi aile içi şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündüklerini bildirmiştir (Tunçel ve ark.2007).

Altınay ve Arat (2007)’ın yaptığı araştırmaya göre, her üç kadından biri fiziksel şiddet görmektedir. Araştırmada "eşiniz bugün dayak atacak olsa ne yaparsınız"? "nasıl tepki verirsiniz"? Sorusuna yanıt olarak kadınların % 24’ü yani her dört kadından biri "Bir şey yapmam. Alttan alırım. Çocuklarım için katlanırım. Gidecek yerim yok, susar otururum" şeklinde cevap vermişlerdir. Doğuda bu oran % 46’dır (Altınay ve Arat 2007). Ülkemizde aile içi şiddet mağdurlarına hizmet veren Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü 1998-2001 arasında kendisine bağlı toplam sekiz kadın konukevinde aile içi şiddet mağduru 2978 kadın ve 2498 çocuğa hizmet verildiğini belirtmektedir (Tel 2002).

Gerek uluslararası gerekse ulusal istatistikler buzdağının görünen kısmını yansıtmaktadır. Türkiyede de kadına yönelik aile içi şiddet ile ilgili örf adet geleneksel zorluklar gibi nedenlerle araştırma sayısı oldukça azdır. Adli vaka olarak adliye kayıtlarına geçen şiddet olayları ise çok az sayıda olmaktadır Ayrıca kadına yönelik şiddet konusundaki raporların genelde gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir; çünkü kadınlar sorunu gizlemekte, şiddeti dile getirmekten utanmakta, çekinmekte, yargılanmaktan, yakınları ve başkaları tarafından duyulmasından, şiddetin daha da artmasından korkmakta ve şiddeti doğrudan dile getirememektedirler. Bu durum en az bildirilen suçların aile içinde işlenen suçlar olduğunu göstermektedir. Şiddetin evde gizli tutulması ve şiddete uğrayan kadının her hangi bir yasal merciye başvuru yapmaması aile içinde yaşanan şiddetin gözden kaçmasına ve bu konuda sessiz kalınmasına neden olmaktadır. Travmatik etken aile içinden geldiğinde şiddetin kabul edilebilirliği artmaktadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet kayıtları düzenli tutulmamaktadır. Mevcut istatistikler bile sonucun bir felaket olduğunu ortaya koymaktadır (Tel 2002, Yıldız ve ark.2003, Turhan ve ark.2006, Gürsoy 2008).

Kadınların önemli bir bölümü kadına yönelik şiddet konusunda yine kadını suçlu bulmaktadır. Şiddet maruz kalması durumunda da genellikle sessiz kalmaktadır (Turhan ve ark. 2006).

1.13. Aile İçi Şiddetten Korunma Stratejileri

Birincil koruma: Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler tarafından öncelikle risk gruplarını belirlenerek, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlenilir. Aile içi şiddet birincil koruma stratejileri şöyle sıralanabilir (Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu 1996, Tel 2002, Akın 2008, KSGM 2008).

- Risk faktörlerini belirlemek
- Eş suistimali ile başvuran bireylere erken tanı uygulayabilmek
- Bireyin yaşadığı gerginliği azaltmak
- Sosyal desteği artırmak (kimlerle paylaşabilir, kimlerden yardım alabilir)
- Bireyin baş etme, çatışma çözme becerilerini artırmak
- Yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlamak (daha sağlıklı, daha iyi problem çözme, atılgan davranma),
- Benlik saygısını artırmak (Meslek eğitimi, sağlık çalışanlarının ve sosyal çalışmacıların, psikolojik danışman ve rehberlerin eğitim programlarına bu konunun eklenmesi)
- Basın yayın organlarında yer alacak çeşitli dramalar ve basın yayın organlarına doğru bilgi aktarımı ile şiddete karşı bireysel duyarlılıkların artırılması gibi girişimleri içermektedir
- **İkincil koruma:** İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmayı amaçlar. Aile içi şiddet için ikincil koruma stratejileri şöyle sıralanabilir.
- Şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey / bireyleri ve şiddet kullanan bireyi saptamak,
- Şiddete uğrayan kadınların başvuracağı kuruluşları artırmak
- Şiddet yönünden bir bulgu saptandığında derhal müdahale etmek,
- Şiddete uğrayan kadınlara ruh sağlığı çalışanlarınca danışmanlık hizmeti vermek
- Şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların tedavi ve bakımını sağlamak
- Şiddet uygulayana yönelik danışmanlık ve tedavi hizmeti sağlamak,

- Bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmaktır (Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu 1996, Tel 2002, Sevil ve Yanikkerem 2006, Gürsoy 2008).

Üçüncül koruma: Birey ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon süreci kolaylaştırılır. Şiddet mağduruna grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir (Tel 2002, Sevil ve Yanikkerem 2006).

Sağlık personeli ev içi şiddet mağdurları ile evde veya hastanenin acil servisinde karşılaşır. Şiddet mağduru bireyler sorunla baş etmede yetersiz olduklarını düşünürler ve bu durumu paylaşmak isterler. Ancak suçluluk hissetme, utanma, çözüme ilişkin ümitsizlik, yardım alacağı bireye güvenmeme gibi duygular yaşamaları onların sorunu paylaşmalarını engelleyebilmektedir. Bu nedenle ev içi şiddet mağdurları şiddet yaşantılarını paylaşmayı ertelemekte ve ancak şiddet sonrası ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle hastanelerin acil servisine gelmektedirler. Hastaneye gelen bu bireyler yaşadıkları sorunun ev içi şiddet sonucu ortaya çıktığını doğrudan belirtmediklerinden, durum ev içi şiddet olarak değerlendirilmemektedir. Hastane sağlık çalışanlarının özellikle acil servisindeki sağlık çalışanlarının ev içi şiddeti düşündüren durumları iyi bilmeleri ve saptamaları ev içi şiddetin ele alınmasında büyük önem taşımaktadır (Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu 1996, Tel 2002, Sevil ve Yanikkerem 2006, Gürsoy 2008).

1.14. Şiddet ile İlgili Hemşirelik Tanı ve Değerlendirmeleri

Kadınlar çok yaygın bir şekilde şiddete uğramakta ve hemşireler tarafından çok azının kimlikleri tespit edilebilmektedir. Sağlık bakımı veren hemşireler kadınlar için genel taramaların yapılmasını desteklemektedir; çünkü bu taramalar sırasında sağlık bakımı ihtiyacı olan fakat fark edilmeyen sessiz şiddet kurbanları ortaya çıkmaktadır. Şiddete maruz kalan kadınlara yönelik taramalar sessiz ve güvenli bir ortamda (sadece hemşire ve şiddet mağduru kadının olduğu) gizlice yapılmalıdır. Kadınların vereceği cevapların gizli kalacağına dair güvence verilmelidir.

Hemşirelerin; kadınların suistimal edilmelerini ve şiddete maruz kalmalarını engelleyememelerinde birçok sebep vardır (Solly ve ark 2000) . Bunlar;

- Yeterli zamana sahip olamama
- Var olan belirtilerin tıbbi bir rahatsızlıktan kaynaklandığına inanmaları
- Şiddete uğrayan kadınların özel hayatlarını anlatacakları uygun çalışma ortamına sahip olmamaları
- Kadınların gerçek hayatta şiddete uğradıklarına inanmamaları (Yaşanılan şiddetin hayali olduğunu düşünmeleri)
- Şiddete uğrayan kadınların acı veren hikâyelerini duymak istememeleri
- Şiddete uğrayan kadınların anlattıkları karşısında kendilerini yetersiz hissetmeleri

Bazı hemşireler şiddet yaşayan bireylere soru sorma konusunda tereddüt yaşayabilirler; çünkü sordukları sorularla onları rahatsız edeceklerini düşünürler. Ancak kadınlar yaşadıkları şiddet ile ilgili sorulardan nadiren rahatsız olurlar. Ayrıca şiddete uğrama kadınlarda çok ciddi sağlık problemlerine neden olduğu için kadınlara mutlaka sorular sorulmalıdır.

Toplum ve birey açısından bu denli yoğun ve sürekli sorunlar oluşturması bakımından aile içi şiddet ciddi bir sorun olarak görülüp bununla etkin mücadele etmek amacı ile 14.01.1998 tarihinde “Ailenin Korunmasına Dair 4320 Sayılı Kanun” yürürlüğe girmiştir (Yıldız ve ark. 2003).

Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli sorun olma nedenleri arasında; kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratması, şiddetin birçok önemli sağlık sorununa doğrudan olumsuz etkisi olması (güvenli annelik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi); sağlık çalışanlarının, şiddete uğramış birçok kadın için tek ilişki kurdukları, onlara destek ve bilgi verebilecek konumda olması, şiddetin sadece sosyal bir sorun değil, ayrıca önemli bir sağlık sorunun da olması yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının çoğu, şiddete uğramış kadının gereksinimlerini ve görüşmenin sorumluluğunu üzerine alacak eğitime sahip değildir (Peşken ve ark.2007, Kartal 2008).

Sağlık personeli ve özellikle hemşireler, şiddet olguları ile sıklıkla karşılaşır. Hemşireler şiddete yönelik girişimlerini dört aşamada gerçekleştirilir. Bu aşamalar, tanımlama (risk gruplarını belirleme), önleme, kriz anında uygun bakım verme, rehabilitasyondur. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan kadınların sıklıkla başvurabilecekleri kurumlarda hizmet vermeleri nedeni ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, çok daha stratejik bir konuma sahiptirler. Bu konumlarından dolayı hemşirelerin görüşme teknikleri, tanı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili yasal konularda eğitilmiş olmaları ve bu eğitimler sırasında hemşirelerin kendi şiddet deneyimleri ile yüzleşmeleri başvuran kadınlara gerektiği gibi hizmet sunabilmeleri açısından önemlidir. Bu durumda hemşirelere kadına yönelik şiddet olgularının erken saptanmasında ve kadınların içinde bulundukları duruma ilişkin kabul edilebilir çözüm yolları bulunmasında, fiziksel ve ruhsal olarak gerekli yardımı sağlamada önemli görevler düşmektedir. Bütün hemşireler, şiddeti tanımlayabilmelidir. Fakat çoğu hemşirenin istismarın değerlendirilmesi ile ilgili eğitim ve öğretimi eksiktir. Bu bağlamda sağlık bakım profesyonelleri için şiddetle ilgili bilgi ve eğitim esastır. Hemşire istismarı değerlendirdikten sonra, kadının kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü yeniden kazanmasını sağlayıcı, destekleyici ve güven verici hemşirelik yaklaşımında bulunmalıdırlar. Kadın “mağdur” statüsünden kurtularak kendi yaşam denetimini elde etmesi için desteklenmeli, hasta ile birlikte kısa ve uzun vadede amaçları belirlenmeli, en kalıcı sığınağın kendi özgüveni olduğunu kavramalıdır (Christian 1995, Muslu ve Erdem 2002, Arabacı ve Karadağlı 2006, Erbaydar 2009).

Planlama, şiddete maruz kalmış kadına ne yapmak istediğini sormayı içerir. Kadının üç seçeneği vardır. Bunlar; kalmak, ayrılmak veya evden istismarcının taşınmasıdır. Eğitim ve müdahaleler hazır olduğunda, durumunda değişiklik seçeneğini istismar edilmiş kadın belirlemelidir. Hemşireler yargılayıcı olmamalı ve hastanın seçeneğini desteklemelidir. Hastanın savunuculuğu, ister istismar eden kişiden ayrılсын ister kalsın kadının aldığı kararı desteklemeyi içerir. Sağlık bakım profesyonelleri, şiddetle ilgili bilgisiz ve anlayışsız oldukları zaman, müdahalelerden sonuç alınamaz. Eğer kadın, istismar eden kişiden ayrılmamayı seçerse, hemşire destek olmayı teklif etmeli, düşüncelerini söylememeli ve öğüt vermemelidir. Hemşire hastayı desteklemeli ve bir evden ayrılış planı geliştirmesine yardım etmelidir. Bu evden ayrılış planı, kimi arayacağını, nereye gideceğini, gerekli parayı,

giysilerinin yerleştirildiği bir çantayı, elinde önemli insanların kâğıtlarını ve taşınma planını içerir. Bu planların geliştirilmesi ile hasta çok daha kontrollü hissedecek, benlik saygısı artacaktır. Sonra hemşire, şiddet döngüsündeki kadının bilgisini değerlendirerek (şiddet olaylarını inceleyerek ve güvenlik önlemlerini öğretmek) danışmanlık ve eğitim boyunca kadını izler. Eğitim ayrıca, saldırılar, silahla tehdit, seksüel ilişkiye zorlama, işte kadının gözetimi veya kadının izolasyonunun arttırılması gibi tehlikeyi gerginleştiren işaretleri öğretmeyi içerir. Başvurular sığınma evleri, kriz masaları, yasal klinik ve merkezler, tıbbi servisler, yönetim kurumları ve sosyal hizmet kurumlarını içeren toplum kaynaklarına yapılabilir (Christian 1995, Gömbül 1998).

Şiddet ile karşılaşan kadın gücünü, hemşirenin savunuculuğu, desteği ve aydınlatıcı fikirlerinden alır. Şiddetli ile ilgili gerekli verilerini kadının rahat konuşabileceği kendini rahat hissedebileceği ortamlarda toplamalıdır. Bakım veren hemşire, her ev ziyaretinde destek ve cesaret sağlamalıdır. Karşısındakine güven vermelidir. Kişi hemşirenin tavırlarını beğenmez ve yargılayıcı tutumunu fark eder ise güvenmediği için gerekli bilgileri vermez. İlgi gösterme ve durumun nasıl gittiği hakkında soru sorma, genellikle istismar edilmiş kadından yanıt almayı sağlayacaktır (Göz ve Kızıl 2006, Muslu ve Erdem 2002). Hemşirenin yetkisi, istismarı tarama ve müdahalede hemşirelik sürecini kullanmayı içerir. Hemşirelerin istismara müdahale etme ve tarama için doktor iznine gereksinimleri yoktur. Hemşirenin yetkisi, danışmanlığı ve savunuculuğu da içerir. Hemşireler, bütün değerlendirmeleri açık biçimde belgelemelidir. Belgelendirme sırasında, hastanın söylediği tüm kelimeleri kullanmalıdır. Hasta tarafından söylenenler önemlidir. Hemşireler, hasta çizelgesine bütün taramaları, şiddet olayının ve yaralanmanın tanımlamalarını, açığa vurulmasını, eğitim ve başvuruları işaretlemelidir. Sonuç olarak; perinatal dönemde evde izlem, anne ve fetus için olumlu sonuçlara yol açacaktır. Evde sağlık hizmeti veren kurumlar özellikle gebe olan müşterilerinin şiddet ile ilgili sorularını cevaplamalı ve bilgilendirmelidir. Birinci basamakta çalışan ebe ve hemşireler, kadınların istismar yönünden taranmasından sorumlu olmalıdır (Christian 1995, Gömbül 1998, Aslan 2005).

1. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma 15-49 yaş grubu evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını ve şiddetin depresyon ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Çankaya ilçesi Kurtuluş semti 2'nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinde yapılmıştır. 2000 yılı nüfus sayımına göre Çankaya ilçesinin merkez nüfusu 792189 kişi'dir (GNS 2000). 2008 yılı ETF kayıtlarına göre Ankara Sağlık bakanlığına bağlı Cebeci mevkiinde bulunan 2'nolu Cebeci AÇSAP bölgesi 38432 kişiden oluşmaktadır. Bu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, farklı sosyoekonomik düzeyde bireyleri bir arada bulundurmaları ve araştırma amacına uygunluğu nedeniyle seçilmiştir.

Ankara Sağlık Bakanlığına bağlı Cebeci mevkiinde bulunan 2'nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi düzgün bir kentleşmeye sahiptir. Ankara Büyükşehir Belediyesinden elde edilen bilgilerle bu bölgenin iyi bir alt yapısının olduğunu, belediye hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde yürütüldüğü öğrenilmiştir. Mahalle muhtarıyla yapılan görüşme ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması kayıtlarının incelenmesi sonucu, bu sempt'de yaşayan bireylerin bir kısmının sosyoekonomik durumlarının ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu, herhangi bir ekonomik yardım almadığı ve bir kısmının ise, sosyoekonomik durumlarının orta ve alt seviyede, eğitim seviyelerinin düşük olduğu, bireysel yardım talebinin geldiği ve ekonomik yardımların yapıldığı tespit edilmiştir. Mahalle muhtarıyla yapılan görüşme ve 2'nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması kayıtlarının incelenmesi sonucu bu mahallede oturan bireylerin sosyoekonomik durumlarının yüksek, orta ve alt düzeyde olduğu saptanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Ankara ili merkezinde bulunan, Çankaya ilçesi 2'nolu AÇSAP bölgesindeki 15-49 yaş grubundaki toplam 12,510 kadın oluşturmaktadır.

Ancak araştırmada kullanılan veri toplama formlarının özelliği dikkate alınarak, okuryazar olmayan kadınlar evren dışında tutulmuştur.

Araştırma evreninin oluşturulmasında kadınların;

-15-49 yaş

-okuryazar

-evli

-AÇSAP merkezine hizmet almak üzere gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar olmasına dikkat edilmiştir

2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü NCSS (Number Cruncher Statistical System) Statistical and Power Analysis Software–Pass (Power Analysis and Sample Size) programı kullanarak hesaplanmıştır. Bu program yardımıyla, şiddet gören kadınlarda beck depresyon envanterinden alınan puanın $18,3 \pm 8,5$, şiddet görmeyen kadınlardan ortalama $15,5 \pm 8,0$ miktarında fark olacağı öngörölerek tahmini bir örnek büyüklüğü hesaplanmıştır (bu fark araştırma öncesi yapılan pilot uygulama ile tespit edilmiştir). Araştırmanın gücü % 90 ve $\alpha = 0,05$ olacak şekilde, örneklem büyüklüğü yaklaşık 200 kişi olarak belirlenmiştir.

2.5. Örnek Seçimi

Çalışmanın yapıldığı 2'nolu AÇSAP merkezine hizmet almak üzere başvuran ve çalışmanın örnek grubunun özelliklerine uygun kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemine göre seçilmiştir.

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin, tanıtıcı özelliklerini, sosyoekonomik durumlarını, obstetrik değerlendirmelerini ve eşinden şiddet görme durumunu değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu (EK.B), 15-49 yaş grubu şiddet yaşayan bireylerde depresyon düzeyini değerlendirmeye ilişkin Beck (1961) tarafından geliştirilen Beck Depresyon Envanteri (EK C) kullanılmıştır.

2.6.1. Anket Formu (EK B)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (Eryılmaz 2001, Karabilgin ve ark. 2003, Çalışır ve ark. 2006, Gözüyeşil ve ark. 2008) oluşturulan 35 soruluk anket formu kadınlara ve eşlerine ilişkin tanımlayıcı bilgileri, ailenin sosyoekonomik durumunu ve eşinden şiddet görme durumunu değerlendirmeye yönelik bazı bilgileri içermektedir. Anket formu demografik özellikleri değerlendiren 9, evlilik öyküsünü değerlendiren 9, doğurganlık özelliklerini değerlendiren 7, şiddet öyküsünü değerlendiren 8 olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunda demografik özellikleri olarak; kadının yaşı, eğitim, aylık gelir, ekonomik durumu algılama, yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer, aile tipi, evlilikle ilgili özellikler olarak; medeni durum, evlilik şekli, evlilik biçimi, evlilik süresi, evlilik yaşı, evlilik değerlendirmesi, eşinin eğitim durumu, ailede gelir harcamasına kimin karar verdiği, doğurganlık özellikleri olarak; şu an gebe olup olmadığı, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj öyküsü, gebeliklerin isteyerek olup olmadığı sorgulanmıştır.

Şiddete maruz kalma durumu ise; eşi tarafında şiddete maruz kalıp kalmadığı, şiddet sıklığı, şiddet türleri (fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet) yaşanan şiddetin evliliğin hangi aşamasında başladığı, halen şiddet yaşama durumu, eşin ve kendisinin çocuğa şiddet uygulama durumu, çocuklukta şiddet maruz kalma durumu, şiddete maruz kaldığında ne yaptığını değerlendirmeye yönelik bazı soruları içermektedir.

2.6.2. Beck Depresyon Envanteri (EK C)

BDE (1979) depresif semptomların analizleri için Beck tarafından geliştirilmiştir. Envanterin amacı depresyon tanısı koymak değildir, fakat objektif olarak depresif semptomlara karar verir. Ölçeğin Türkçe formunu geçerlilik ve güvenilirliği sırası ile Teğin (1980), Hisli (1988) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. BDI'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği $r = 0,74$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin her maddesi 0-3 arasında puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olmakla birlikte, bu ifadeler depresyonun belirtileri ile ilgilidir. BDE'nin kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (Kelleci 1998, Aydemir ve Köroğlu 2000). 17 den daha fazla BDI puanı depresif semptomların % 90 olasılıkla tanı olabileceği anlamına gelmektedir. Çalışmalarda depresyon semptomları için risk

faktörü istatistiksel analizler ile puanlama iki gruba ayrılarak 16 puan ve aşağısı depresif semptomların olmaması ve 17 ve üzeri puan depresif belirti varlığı olarak kabul edilmiştir.

BDE 21 depresif belirti kategorisini kapsamaktadır. Bunlar; duygu durum, umutsuzluk, doyumsuzluk, suçluluk ve cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme kendini suçlama, intihar fikri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uykusu bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı için derecelendirme yapmaktadır.

BDE, toplum tabanlı çalışmalarda ve klinik araştırmalarda en çok kullanılan araçlardan biridir. Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan envanterin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Depresyon tanısı koymak için kullanılmaz. Nedeni, DSM-IV'e göre depresyon tanısı koyabilmek için, depresyona özgü semptomların iki haftadır sürüyor olması gerekirken, BDE son bir haftalık durumu ölçmektedir. BDE'de kilo alımı, aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da gerileme gibi belirtiler sorulmamakta, DSM-IV için önemli olan hastanın hastalık öncesi durumu, işlevi ile ilgili bilgiler alınmamaktadır. Kişilerin depresif belirtilerinin yükselmesi, depresyon tanısı konması için tek kriter olmadığı gibi, söz konusu depresif belirtiler geçici olabilir, klinik depresyon yerine genel psikolojik stresi yansıtır olabilir. Yapılan çalışmalar BDE'nin depresif hastalar ile normal kişileri ayırt edebildiğini göstermiştir (Savaşır ve Şahin 1997).

2.7. Ön uygulama

Veri toplama formlarındaki soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla araştırma öncesi 2'nolu Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezinde 20 kadın üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda tanıtıcı bilgi formunda gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra uygulama başlatılmıştır. Veri toplama formlarının doldurulmasının 15 - 20 dk sürdüğü gözlemlenmiştir.

2.8. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Mart - 30 Nisan 2009 tarihleri arasında araştırmacı tarafından 2'nolu AÇSAP Merkezinde 15-49 yaş grubu, okuryazar, araştırmaya katılmayı kabul eden, evli, kadınlar arasından yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından

toplanmıştır. Araştırma öncesi kadınların onamları alınmış ve ardından anket formları ve Beck Depresyon Envanteri araştırmacı denetiminde kadınların kendileri tarafından okunarak yanıtlanmıştır.

2.9. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aile içi eş şiddetinin depresif belirti gösterme durumu ile ilişkisi incelenmiştir.

Bağımlı Değişken

- Beck Depresyon Envanteri puanı

Bağımsız Değişkenler

- Kadın ve eşine ilişkin sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim, aylık gelir, ekonomik durumu algılama durumu, yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer, aile tipi).
- Evlilikle ilgili özellikler (medeni durum, evlilik şekli, evlilik biçimi, evlilik süresi, evlilik yaşı, evlilik değerlendirmesi, eşinin eğitim durumu, ailede gelir harcamasına kimin karar verdiği).
- Doğurganlık özellikleri (şu an gebe olup olmadığı, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj öyküsü, gebeliklerin isteyerek olup olmadığı).
- Şiddet öyküsü (eşi tarafından şiddete maruz kalıp kalmadığı, şiddet sıklığı, şiddet türü yaşanan şiddetin evliliğin hangi aşamasında başladığı, halen şiddet yaşama durumu, eşin ve kendisinin çocuğa şiddet uygulama durumu, çocuklukta şiddete maruz kalma durumu).

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada her bir kadın için elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10,0 paket programında yapılmıştır. Bu araştırmada sayı ve yüzde dağılımı, ortalama incelemesi yanında ikiden fazla bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Kruskal-Wallis, iki bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Mann-

Whitney U testi, farklı grupların belirlenmesinde Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve Logistik Regresyon Analizinden yararlanılmıştır. Önem değerinde çift yönlü “p” değeri kullanılmış ve 0.05’den küçük değerler önemli kabul edilmiştir. Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testinde P değerleri her bir karşılaştırma için ayrı ayrı hesaplanarak (0.05/ ikişerli karşılaştırma sayısı) bulunan “p” değerlerinden küçük değerler önemli kabul edilmiştir (Alpar 2001).

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bilgiler araştırmanın yapıldığı AÇSAP bölgesindeki 15-49 yaş evli ve okuma yazma bilen kadınlar için geçerlidir. Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilecek bilgiler kadınların öz bildirimine dayalıdır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin özelliğinden dolayı araştırmaya okuryazar olmayan kadınların dâhil edilmemesi, kadına yönelik eş şiddetinin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

2.12. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Araştırma Ankara merkezinde 15-49 yaş grubu evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarını ve yaşanan şiddet ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın üç sorusu bulunmaktadır.

- 1-Kadınların yaşadığı şiddet sıklığı nedir?
2. Kadınların yaşadığı eş şiddetini etkileyen faktörler nelerdir?
- 3-Eş şiddetine maruz kalma ile kadınların depresif belirti yaşama durumları arasında ilişki var mıdır?

2.13. Araştırmanın Varsayımı

1. Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılacaktır.
- 2.Araştırma yürütülürken bilgilerine başvurulacak kişilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.

2.14. Araştırmanın Etiği

Araştırma ncesi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (EK.D) alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere onam formu (EK.A) okunarak sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3. BULGULAR

15–49 yaş evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma durumlarının ve kadınların yaşadıkları şiddetin depresyon ile ilişkisinin incelendiği çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler ve çalışma amaçlarına ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1-Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

2-Araştırma grubundaki kadınların depresif belirti gösterme durumlarının demografik, evlilik, şiddet özellikleri ve BDE puanı ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların bazı demografik, doğurganlık, sosyoekonomik ve şiddet özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulguları yer almaktadır (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1. Demografik özelliklerin dağılımı. (n=200)

Demografik özellikler	Ortalama	SS
Yaş	34,05	7,2
	Sayı	Yüzde (%)*
Yaş grupları		
18-29 yaş	62	31,0
30-39 yaş	87	43,5
40-49 yaş	51	25,5
Kadının öğrenim durumu		
Okuryazar/ilkokul	58	29,0
Ortaokul	19	9,5
Lise	64	32,0
Üniversite ve üstü eğitim	59	29,5
Kadının mesleği		
Ev hanımı	109	54,5
Memur	91	45,5
En uzun yaşanılan yer		
Köy	57	28,5
İlçe	60	30,0
İl	83	41,5
Eşinin eğitim durumu		
İlkokul	39	19,5
Ortaokul	39	19,5
Lise	70	35,0
Üniversite ve üstü	52	26,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	166	83,0
Geniş aile	34	17,0
Toplam	200	100,0

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan 200 kadının demografik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 3.1.'de yer almaktadır. Kadınların yaş ortalamasının $34,05 \pm 7,2$ olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 29'u okuryazar ve ilkokul mezunu, % 29,5'i üniversite mezunu ve % 32'si lise mezunudur. Kadınların % 54,5'inin ev hanımı olduğu ve % 41,5'inin yaşamının çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği saptanmıştır. Kadınların % 83'ü çekirdek ailede yaşamaktadır.

Kadınların % 19,5'inin eşi ortaokul mezunu, % 29'unun eşi okuryazar ve ilkokul mezunudur. % 29,5'inin eşi ise üniversite ve üstü eğitime sahiptir.

Çizelge 3.2. Evlilik özelliklerinin dağılımı

Evlilik özellikleri	Ortalama	SS
Evlilik yaşı	21,8	4,367
Eşin evlilik yaşı	25,4	4,421
Evlilik süresi	Sayı	Yüzde (%)*
0-9 yıl	90	45,0
10 yıl ve üzeri	110	55,0
Evlilik şekli		
Resmi nikâh	182	91,0
İmam nikâhı	18	9,0
Evlilik biçimi		
Görücü usulü	86	43,0
Anlaşarak	114	57,0
Kadının evlilik değerlendirmesi		
Kötü	13	6,5
Orta	65	32,5
İyi	122	61,0

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Çizelge 3.2.'de araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik yaşlarının ortalamasının 21,8±4,367, eşlerinin evlilik yaşlarının ortalamasının 25,4±4,421 olduğu saptanmıştır. Kadınların % 55'inin 10 yıl ve daha uzun süredir evli, % 91'inin resmi nikâhlı olduğu, % 57'sinin anlaşarak evlendiği ve % 61'inin evliliğini iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Çizelge 3.3. Sosyoekonomik özelliklerin dağılımı

Sosyoekonomik özellikler	Ortalama	SS
Ailelerin toplam aylık gelir	1478	955,4
	Sayı	Yüzde (%)*
Kadının gelir algısı		
İyi	52	26,0
Kötü	88	44,0
Orta	60	30,0
Sağlık güvencesi		
Var	173	86,5
Yok	27	13,5
Ailede gelir harcama kararı		
Çoğunlukla ben	18	9,0
Çoğunlukla eşim	82	41,0
Beraber	100	50,0

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Çizelge 3.3.'deki verilerde araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir ortalamasının 1478±955,4 TL olduğu ve kadınların % 26'sının ekonomik düzeyini iyi, % 44'ünün ekonomik düzeyini kötü olarak değerlendirdiği görülmüştür. Kadınların % 86,5'inin sağlık güvencesi olduğu ve % 50'sinin gelir harcama kararını eşleri ile birlikte aldıkları belirlenmiştir.

Çizelge 3.4. Doğurganlık özelliklerinin dağılımı

Doğurganlık özellikleri	Ortalama	SS
Gebelik sayısı	2,4	1,4
Doğum sayısı	2,1	1,2
Çocuk sayısı	2,0	1,2
Şuan gebelik durumu	Sayı	Yüzde (%)*
Evet	31	15.5
Hayır	169	84.5
Düşük sayısı		
Var	32	16,0
Yok	168	84,0
Kürtaj Öyküsü		
Var	44	22,0
Yok	156	78,0
Gebeliklerin planlanma şekli		
İsteyerek/Planlı	127	61,5
Eşin isteği	44	24,0
Gebelik yaşamadım	29	14,5

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınana kadınların; ortalama $2,4 \pm 1,4$ gebelik yaşadığı, $2,06 \pm 1,2$ doğum yaptığı ve çocuk sayısının $2,04 \pm 1,2$ olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 16'sının düşük, % 22'sinin kürtaj öyküsü olduğu, gebeliklerin % 61,5'inin planlanarak yaşandığı saptanmıştır (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.5. Şiddete maruz kalma ve şiddet tipleri özelliklerinin dağılımı

Şiddet Özellikleri	Sayı	Yüzde (%)*
Şiddete uğrama özellikleri		
Evet	122	61,0
Hayır	78	39,0
Uğranılan şiddet türü (n=122)	Sayı	%
Fiziksel şiddet	40	32,8
Sözel/duygusal şiddet	61	50,0
Ekonomik şiddet	13	10,7
Cinsel şiddet	8	6,5
Şiddete uğrama süresi (n=200)		
Sürekli	39	19,5
Ara sıra	83	41,5
Hiç bir zaman	78	39,0
Şiddetin evlilikte başlama aşaması (n=122)		
Evliliğin ilk yılları	71	58,2
Hamilelik dönemi	16	13,1
Doğum sonu dönem	35	28,7
Eşin çocuğa şiddet uygulama durumu ** (n=165)		
Evet	22	13,3
Hayır	143	86,7
Kadının çocuğa şiddet uygulama durumu** (n=165)		
Evet	56	33,9
Hayır	109	66,1
Çocuklukta şiddete uğrama durumu		
Evet	47	23,5
Hayır	153	76,5

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır. **Yalnızca çocuğu olanlara sorulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 61'inin eşi tarafından şiddete uğradığı saptanmıştır. Kadınların % 19,5'inin sürekli, % 41,5'inin ara sıra şiddet uğradığı, % 58,2'sinin şiddeti evliliğin ilk yıllarında yaşamaya başladığı saptanmıştır. Kadınların eşlerinin % 13,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı, kadınların % 33,9'unun çocuğuna kendisinin şiddet uyguladığı ve % 23,5'inin çocuklukta şiddete yaşadığı görülmüştür. Şiddet tiplerine bakıldığında % 32,8'inin fiziksel, % 50'sinin sözel, % 10,7sinin ekonomik, % 6,6'sının cinsel şiddete uğradığı saptanmıştır. Kadınların % 39'unun şiddete uğradığında hiçbir şey yapmadığı, yalnızca % 27'sinin yardım aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.5.).

3.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Depresif Belirti Gösterme Durumlarının Demografik, Evlilik, Şiddet Özellikleri ve BDE puanı ile ilişkisine yönelik bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların sosyodemografik özelliklerine göre depresyon yönünden karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Çizelge 3.6. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Karşılaştırılması

Yaş	Sayı(%)	Sayı (%)	X±SD
18-29	40(64,5)	22(35,5)	11,63±9,390
30-39	56 (64,4)	31(35,6)	12,63±7,166
40-49	32(62,7)	19(37,3)	13,08±7,740
	X ² =0,047	p=0,977	KW=4,035 p=0,133
Kadının eğitim düzeyi			
İlkokul	27(46,6)	31(53,4)	15,98±7,449
Ortaokul	10(52,6)	9 (47,4)	13,63±6,247
Lise	42(65,6)	22(34,4)	12,63± 8,849
Üniversite	49(83,1)	10(16,9)	6,12± 4,821
	X ² =18,097	p*=0,000	KW=51,839 p=0,000
Çalışma durumu			
Çalışıyor	54(85,7)	9 (14,3)	13,93±8,226
Ev hanımı	74(54)	63(46,0)	7,08±5,598
	X ² =18,822	p*=0,000	z =-6,192 p=0,000
Ekonomik durum			
Kötü	18(34,6)	34(65,4)	17,08±8,212
Orta	59(67)	29(33,0)	11,47± 7,907
İyi	51(85)	9(15,0)	7,63± 5,514
	X ² =31,326	p*=0,000	z=36,788 p=0,000
Aile tipi			
Çekirdek aile	114(68,7)	52(31,3)	10,61 ±7,536
Geniş aile	14(41,2)	20(58,8)	17,47 ±8,656
	X ² =9,262	p*=0,002	z=-3,888 p= 0,000

Çizelge 3.6. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Karşılaştırılması (Devam)

En uzun yaşanılan yer	Sayı(%)	Sayı (%)	X±SD
Köy	27(47,4)	30(52,6)	15,23± 8,511
İlçe	40(66,7)	20(33,3)	10,68 ±7,572
İl	61(73,5)	22(26,5)	10,19± 7,631
	X²=10,275	p*=0,006	KW=14,388 p=0,001

p*<0,05

Araştırmanın yürütüldüğü AÇSAP bölgesinde kadınların bazı sosyodemografik özellikleri depresyon yönünden karşılaştırıldığında; 18-29 yaş arası kadınların % 64,5'inin, 30-39 yaş arası kadınların % 64,4'ünün, 40-49 yaş arası kadınların % 62,7'sinin depresif belirti yaşamadığı saptanmıştır. Depresyon belirtisi görülme durumu ile yaş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05). Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Eğitim durumu ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; ortaokul mezunlarının % 52,6'sı, lise mezunlarının % 65,6'sı, üniversite mezunlarının % 83,1'i depresif belirti yaşamaz iken; ilkokul mezunlarının % 53,4'ü depresif belirti yaşamaktadır ve fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05). Kadınların eğitim durumuna göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puan ortalamaları bakımından; eğitim durumu üniversite olanların puan ortalaması (6,12±4,821), eğitim durumu; ilkokul (15,98±7,449), ortaokul (13,63±6,247) ve lise olanların (12,63±8,849) puan ortalamasından daha düşük ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<0,05). Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde eğitim durumu üniversite olanlar ile ilkokul olanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları (p<0,0083) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Depresif belirti yaşamayan kadınların % 85,7'si bir işte çalışırken, depresif belirti yaşayan kadınların yalnızca % 14,3'ü çalışmaktadır. Çalışma ile depresif belirti yaşama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05).

Kadınların çalışma durumuna göre Beck Depresyon Envanteri ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Depresif belirti yaşamayan kadınların % 85'i ekonomik durumunu iyi olarak tanımlarken, depresif belirti yaşayan kadınların % 65,4'ü ekonomik durumunu kötü olarak ifade etmiştir ve ekonomik duruma göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların algılanan ekonomik duruma göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puan ortalamaları bakımından, algılanan ekonomik durumu kötü ($17,08\pm 8,212$) olan grubun Beck Depresyon Envanteri toplam puanı, iyi olan grubun Beck depresyon puanı ortalamasından ($11,47\pm 7,907$) daha yüksektir ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde ekonomik durumunu iyi ve kötü olarak algılayanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ($p<0,0167$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Depresif belirti yaşamayan kadınların %68,7 si çekirdek ailede otururken, depresif belirti yaşayan kadınların %31,3 ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Aile tipi ile depresif belirti yaşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak önmelidir ($p<0,05$). Kadınların aile tipine göre Beck Depresyon Envanteri ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Depresif belirti yaşamayan kadınların % 3,5'i yaşamının en uzun dönemini ilde geçirirken, depresif belirti yaşayan bireylerin % 52,6'sı yaşamının en uzun dönemini köyde geçirmiştir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yere göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puan ortalaması; uzun süre yaşadığı yer köy olanların ($15,23\pm 8,511$), ilçe ($10,68\pm 7,572$), ve il olanların ($10,19\pm 7,631$) puan ortalamasından daha yüksek ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde; uzun süre yaşadığı yer köy olanlar ile il olanların BDE toplam puanları ($p<0,0167$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Çizelge 3.6.).

Çizelge 3.7. Araştırma Grubundakilerin Evlilik Özelliklerinin Depresyon Yönünden Karşılaştırılması

Depresyon				
Evlilik Özellikleri	Yok	Var	BDE	
Evlilik şekli	Sayı (%)	Sayı (%)	X±SD	
Resmi nikâh	110(60,4)	72(39,6)	10,69±7,312	
İmam nikâhı	7(38,9)	11(61,1)	15,94±8,667	
	X ² =0,077	p=0,620	z=5,353	p=0,069
Evlilik Biçimi				
Görücü usulü	57(60)	38(40)	13,93±7,006	
Anlaşarak	71(67,6)	34(32,4)	11,09 ±8,81	
	X ² =1,257	p=0,262	z=-2,792	p=0,005
Evlilik Süresi				
0-9 yıl	52(65)	28(35)	12,50±7,677	
10yıl ve üstü	76(63,3)	44(36,7)	12,39±8,300	
	X ² =0,058	p=0,810	z=-3,120	p=0,905

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik özellikleri ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; depresif belirti göstermeyen kadınların % 67,7'sinin resmi nikâhla yaşadığı ve % 67,6'sının anlaşarak evlendiği, % 65'inin 0-9 yıl süresince evli olduğu; depresif belirti yaşayan kadınların % 40'ının ise görücü usulü ile evlendiği % 61,1'inin imam nikâhı ile yaşadığı, % 36,7' sinin 10 ve üstü yıl evli olduğu saptamıştır. Evlilik şekli, biçimi ve evlilik süresine göre fark istatistiksel olarak önemsizdir (p>0,05). Beck Depresyon Envanterinin toplam puan ortalamalarının evlilik özelliklerine göre dağılım incelenerek Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının evlilik şekli, biçimi ve süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0,05) (Çizelge 3.7.).

Çizelge 3.8. Araştırma Grubundakilerin Şiddet Özelliklerinin Depresyon Yönünden Karşılaştırılması

Depresyon			
	Yok	Var	BDE
Şiddet yaşama durumu	Sayı(%)	Sayı(%)	X±SD
Evet	65(53,3)	57(46,7)	15,74±7,627
Hayır	63(80,8)	15(19,2)	5,58±3,982
	X²=15,607	p*=0,000	z=-6,878 p=0,000
Eşin çocuğuna şiddet uygulaması			
Uygulayan	7(31,8)	15(68,2)	18,77±5,781
Uygulamayan	103(72)	40(28)	12,17±7,582
	X²=13,872	p*=0,000	z=-3,762 p=0,000
Kendisinin çocuğuna şiddet uygulaması			
Uygulayan	27(48,2)	29(51,8)	15,20±6,300
Uygulamayan	74(67,9)	35(32,1)	11,94±8,122
	X²=2,832	p=0,092	z=2,86 p=0,004
Şiddetin evlilikte başlama aşaması			
Evliliğinin ilk yılları	14(53,8)	12(46,2)	15,47±7,558
Hamilelik dönem	27(60)	18(40)	18,56±7,703
Doğumsonudönem	22(43)	29(57)	14,66±6,371
	X²=4,106	p=0,250	KW=3,032 p=0,37
Şiddete uğradığında ne yaptığı			
Hiçbir şey yapmam	35(44,9)	43(55,1)	16,41±8,203
Yardım alırım	36(66,7)	18(33,3)	11,30±7,386
Karşılık veririm	57(83,8)	11(16,2)	8,78±6,195
	X²=24,152	p=0,000	KW=31,142 p=0,000

p*<0,05

Araştırma grubundakilerin şiddet özelliklerinin depresyon yönünden karşılaştırılması incelendiğinde; depresif belirti gösteren kadınların % 46,7'sinin eşi tarafından halen şiddete uğramakta olduğu depresif belirti yaşamayan kadınların % 80,8'inin eşi tarafından şiddete uğramadığı tespit edilmiştir. Kadınların şiddete uğrama durumuna göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<005). Çocuğa şiddet uygulama durumu incelendiğinde;

eşi çocuğuna şiddet uygulayan kadınların % 68,2'sinin, kendisi çocuğuna şiddet uygulayan kadınların % 51,8'inin depresif belirti yaşadığı görölmüştür. Eşin çocuğa şiddet uygulaması durumuna göre depresif belirti yaşama durumu arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0,05$). Eşin çocuğa şiddet uygulaması, kadının kendisinin çocuğuna şiddet uygulaması durumuna göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Hamilelik döneminde şiddet yaşamaya başlayan kadınların % 40'ında, doğum sonu dönemde şiddet yaşamaya başlayan kadınların % 57'sinin depresif belirti yaşadığı bulunmuştur. şiddetin evlilikte başlama aşamasına göre depresif belirti yaşama durumuna göre farkı istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,05$). Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının şiddetin evlilikte başlama aşamasına göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puanları istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). şiddete uğradığında hiçbir şey yapmayan kadınların çoğunluğu (%55,1) depresif belirti yaşarken, karşılık verenlerin yalnızca % 16,2'sinin depresif belirti yaşadığı saptanmıştır. Kadınların şiddet yaşadığındaki tepkisine göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puan ortalamaları bakımından şiddet yaşadığında karşılık verenlerin ($8,78\pm6,195$), yardım alanların ($11,30\pm7,386$) ve hiçbir şey yapmayanların ($16,41\pm8,203$) Beck Depresyon Envanteri toplam puanından daha düşüktür ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analizlerde şiddet yaşadığında karşılık verenlerin ve hiçbir şey yapmayanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ($p<0,0167$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. eşin çocuğa şiddet uygulaması ve şiddete uğradığında kadınların hangi yola başvurma durumları ile depresif belirti yaşama durumu arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0,05$)(Çizelge 3.8.).

Çizelge 3.9. Araştırma Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Şiddet Türlerinin Depresyon Yönünden Karşılaştırılması

Depresyon				
Şiddet Türleri	Yok	Var	BDE	
Fiziksel şiddet	Sayı (%)	Sayı (%)	X±SD	
Yaşayan	14(31,8)	30(68,2)	19,43±6,957	
Yaşamayan	114(73,1)	42(26,9)	9,74±7,171	
	X²=25,357	p*=0,000	z=-6,491	p=0,000
Sözel şiddet				
Yaşayan	56(49,6)	57(50,4)	16,16±7,641	
Yaşamayan	72(82,8)	15(17,2)	7,02±5,606	
	X²=23,517	p*=0,000	z=-6,402	p=0,000
Ekonomik şiddet				
Yaşayan	19(65,5)	10(34,5)	13,14±7,449	
Yaşamayan	109(63,7)	62(36,3)	11,54±8,245	
	X ² =0,034	p=0,854	z=-,500	p=0,617
Cinsel şiddet				
Yaşayan	13(61,9)	8(38,1)	14,81±6,145	
Yaşamayan	114(64,4)	63(35,6)	11,48±8,305	
	X ² =0,051	p=0,821	z=-1,536	p=0,124

p*<0,05

Araştırma grubundaki kadınların yaşadıkları şiddet türlerinin depresyon yönünden karşılaştırılması incelendiğinde; depresif belirti yaşayan kadınların % 68,2'sinde fiziksel, % 50,4'ünde sözel, % 34,5'inde ekonomik, % 38,1'inde cinsel şiddet görülmüştür. Kadınların fiziksel ve sözel şiddet yaşamaları, depresyon belirtisi yaşama durumuna göre istatistiksel olarak önemli iken (p<0,05), kadınların ekonomik

ve cinsel şiddet yaşamaları depresyon belirtisi yaşama durumuna göre istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.9.). Kadınların şiddete uğrama durumu, fiziksel ve sözel şiddet görme durumuna göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<005$). Kadınların ekonomik şiddet ve cinsel şiddete uğrama durumuna göre Beck Depresyon Envanteri toplam ölçek puanları istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.10. Depresyon Yaşama Durumu Risk Faktörlerinin Binary Logistik Regresyon Analizi

Risk faktörleri	OR	%95 CI	P
Eğitim düzeyi (ilkokul)	2,239	0,830-6,041	0,111
Ekonomik durum algısı (düşük gelir)	3,136	1,266-7,767	0,14
Aile tipi (geniş aile)	3,132	1,468-6,681	0,003
En uzun yaşanılan yer (köy)	1,913	0,803-4,557	0,143
Fiziksel şiddet yaşama (evet)	2,400	0,921-6,253	0,073
Sözel şiddet yaşama (evet)	3,965	1,308-12,015	0,015
Şiddet maruz kalma süresi (Sürekli)	1,398	0,995-1,962	0,053
Şiddete yönelik destek alma (destek almayan)	2,503	1,182-5,299	0,017
Daha önce şiddet yaşama durumu (Yaşayan)	4,804	2,586-8,927	0,000
Şu an şiddet yaşama durumu (Yaşayayan)	3,683	1,892-7,169	0,000

Depresyon belirtileri yaşamada risk faktörlerinin incelemesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizine göre (Çizelge 3.13.) geniş ailede yaşama (OR:3,132,CI:1,468-6,681), sözel şiddet yaşama (OR:3,965,CI:1,308-12,015), yaşanan şiddete yönelik destek alma (OR:2,508,CI:1,182-5,299), daha önce şiddet yaşama (OR:4,804,CI:2,586-8,927), şu an şiddet yaşamının (OR:3,683,CI:1,892-7,169) depresyon belirtileri yaşamada risk oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna karşılık eğitim düzeyi, ekonomik durum, uzun süre yaşanan yer, fiziksel şiddet yaşama, ekonomik şiddet yaşama, cinsel şiddet yaşama, şiddete maruz kalma süresinin depresyon belirtileri yaşamada önemli risk faktörleri olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.9.).

Depresyon için risk faktörleri ve şiddet yaşama durumu ile birlikte logistik regresyon analizi incelenmişti. Bağımsız değişkenlerde: eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile tipi, uzun süre yaşanan yer, sözel şiddet yaşama, fiziksel şiddet yaşama, ekonomik şiddet yaşama, cinsel şiddet yaşama, şiddete yönelik destek alma durumu, şuan şiddet yaşam durumu, daha önce şiddet yaşama durumu risk olmak üzere kategorik değişken olarak analiz edilmiştir.

Şiddet yaşama durumu ve diğer bağımsız değişkenlerle yapılan Logistik regresyon analizi sonucuna göre; depresyon belirtileri yaşama riski şiddete yönelik destek almayanlarda 2,5, geniş ailede yaşayanlarda 3,1, şuan şiddet yaşayanlarda 3,6, sözel şiddet yaşayanlarda 3,9, daha önce şiddet yaşama durumu 4,8 kat daha fazladır.

5. TARTIŞMA

5.1 Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması $34,05 \pm 7,2$ dir (Çizelge 3.1). Akyüz ve arkadaşlarının araştırmasında (2002) kadınların yaş ortalaması $34,03 \pm 8,46$ Gölbaşı ve Kelleci'nin araştırmasında ise (2006) $33,66 \pm 7,74$ olarak saptanmıştır. Araştırma bulguları literatürdeki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Kadınların % 29'u ilkokulu, % 29,5'i üniversiteyi bitirmiştir. Yapılan benzeri çalışmalarda kadınların çoğunun en az ilkokul mezunu olduğu ve buna ek olara % 26'sının üniversite mezunu olduğu görülmüştür (Doğanavşargil ve Vahip 2006). Bu bulgular elde edilen araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun ev hanımı olduğu, yaşamın çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği ve çekirdek ailede yaşadığı görülmektedir (Çizelge 3.1). Araştırma bulgularımıza benzer olarak Çalışır ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları araştırmada, araştırma kapsamında yer alan kadınların % 67,7 si ev hanımı, çoğunluğunun (% 84,9) çekirdek ailede yaşadıkları ve % 90,4'ünün yaşamının çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği saptanmıştır. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları araştırmada kadınların % 70,9'u Yanikkerem'in (2002) araştırmasında da kadınların % 69,7 si ev hanımıdır. Kadınların eşlerinin % 26'sının üniversite ve üzeri eğitimleri olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik özellikleri incelendiğinde % 32,5'inin evlilik süresinin 15 yıl ve üzeri olduğu; % 57'sinin anlaşarak evlendiği ve % 91'inin hem dini hem resmi nikâha sahip olduğu görülmüştür (Çizelge 3.2.). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Ayrancı ve arkadaşları'da (2002) kadınların % 58,2'sinin görücü usulü olmadan kendilerinin tanıştığı biriyle anlaşarak evlendiklerini % 90'ının hem dini hem resmi nikâhının olduğunu saptamışlardır. Kadınları çok azının (% 9) hiçbir sosyal güvencesi olmaksızın sadece dini nikâhla evliliklerini sürdürdükleri görülmektedir. Dindaş ve Ege (2009) kadınların % 64' ünün görücü usulü ile evlendiğini % 95,9'unun resmi nikâhlı olduğunu saptamıştır.

Kadınların sosyoekonomik özellikleri incelendiğinde; aylık gelir ortalamasının $1478 \pm 955,4$ TL olduğu ve kadınların çoğunluğunun gelirini ‘orta’ olarak değerlendirdiği, sağlık güvencesinin olduğu ve gelir harcama kararını eşiyile birlikte verdiği görülmüştür (Çizelge 3.3). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Baysal (2003) kadınların çoğunluğunun sağlık güvencesinin olduğunu, Çalışır ve arkadaşlarının (2006) % 85,9’unun sağlık güvencesinin bulunduğu, Dindaş ve Ege (2009) çoğunluğunun ailenin gelirinin orta olarak değerlendirdiğini ve sağlık güvencesine sahip olduğunu saptamıştır.

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde ortalama $2,4 \pm 1,4$ gebelik yaşadığı $2,06 \pm 1,2$ doğum yaptığı ve yaşayan çocuk sayısının $2,04 \pm 1,2$ olduğu belirlenmiştir. Kadınlarının çoğunluğunun düşük ya da küretaj öyküsü olmadığı ve büyük çoğunluğunun % 61,5’inin gebeliklerini isteyerek yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.4.).

Kadınların şiddete uğrama özellikleri incelendiğinde şunlar dikkat çekmektedir; % 61’inin eşi tarafından şiddete uğradığı ve yaşadığı şiddetin sıklığını % 19,5’i sürekli, % 41,5’i ara sıra şiddete hedef olmaktadır. Yüzde 58,2’si şiddetin başlama aşamasının evliliğin ilk yıllarında başladığını belirtmiştir. Dünya’da ve Türkiye’de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalarda şiddet yaşama oranlarında farklılık olmakla birlikte çalışma bulgularıyla benzer bir şekilde kadınların şiddete uğradığı görülmektedir (Harris ve ark.1997, Resnick ve ark. 2000, Riggs ve ark.2000, Kearney 2001, Ayrancı ve ark. 2002, Vahip 2002, Taşçı 2003, Krishnan 2005, Çalışır ve ark. 2006, Gölbaşı ve Kelleci 2006, Turhan ve ark 2006, Çifçi 2007, Gunter 2007). Oranlardaki farklılıkların incelenen örneğin niteliklerinden şiddet tanımlamasından ve araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı söylenebilir. Genel olarak bulgular, şiddetin ne kadar yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermesi yönünden önemlidir.

Şiddet tipleri açısından kadınların % 50’sinin sözel şiddet, % 32,8’inin fiziksel şiddet, % 10,7’si ekonomik şiddet, % 6,6’sının cinsel şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Çizelge 3.5.). Krishnan (2005)’ın çalışmasında, kadınların % 29’u kocalarının kendilerine dayak attığını, % 12’si de kendileri istemediği halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmiştir. Çalışır ve arkadaşlarının (2006)

alışmalarında kadınların % 23'ü aile içinde duygusal şiddet, % 14,4 'ü fiziksel şiddet, % 9,2'si de istemedikleri halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanarak cinsel şiddet yaşadıklarını belirtmişlerdir. Turhan ve arkadaşları (2006) alışmasında sözel (duygusal) şiddet oranını % 75, fiziksel şiddet oranını % 39, cinsel şiddet oranını ise % 28 olarak belirtmiştir. Ayrancı ve arkadaşları (2002) alışmalarında ruhsal /sözel şiddetin % 99,1, fiziksel şiddetin % 36,4, cinsel şiddetin % 5,4 oranlarında olduğunu belirtmiştir. Dindaş ve Ege (2009) alışmasında kadınların % 28'inin sözel şiddet, % 25, 9' unun duygusal şiddet, % 14'ünün fiziksel şiddet, % 11,4'ünün ekonomik şiddet ve % 8'inin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur. Daha önce yapılmış olan bu çalışmalarda da yapılan çalışmaya paralel biçimde benzer olarak sözel (duygusal) şiddet daha yüksek oranlarda görölürken fiziksel ve cinsel şiddet ise daha düşük oranlarda görölmektedir. Sözel /duygusal şiddetin diğerk şiddet türlerine göre daha yüksek oranlarda görölmesi kadınların bu şiddet türünü daha rahatlıkla ifade etmeleriyle de bağlantılı olabilir. Öte yandan sözel /duygusal şiddetin yaygın olduğu da bilinmektedir. Çalışmamızda cinsel şiddet oranının diğerk çalışmalara göre düşük belirtilmesinin nedeni cinsel konularda kadınların utanması ve cinsel konuların gizli tutulması gerekliliğinin öğretilmesi sonucu sorulara rahat cevap vermeleri ile açıklanabilir. Ayrıca araştırmada şiddet türlerinden herhangi birisini gören 81 kadından 8'i şiddetin gebeliğı süresince de devam ettiğini belirtmişlerdir

Eşine şiddet uygulayan erkeklerin % 13,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı görölmüştür. şiddete uğrayan kadınların ise % 28'i çocuğına da şiddet uygulamaktadır ve kadınların % 23,5'i çocukluğunda da şiddete maruz kalmıştır. (izelge 3.5.) Dindaş ve Ege (2009) eşine şiddet uygulayan erkeklerin % 7,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığını belirtmiştir.

Taşcı (2003)'nın ebelerle yaptığı çalışmada, annelerin çocuklarını eğitme sürecinde % 48,4'ünün fiziksel şiddet uyguladığı ortaya konulmuştur. Bu sonuç bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Elazığ Adli Tıp şube Müdürlüğü'ne başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada da annelerin % 28,2'sinin çocuğına şiddet uyguladığı belirtilmektedir (Tokdemir ve ark 2007). Çocuk anne ve babası tarafından onaylanmayan bir davranışta bulunduğunda fiziksel olarak cezalandırılmaktadır ve bu durum hemen hemen her toplumda görölmektedir.

Şiddetin büyük ölçüde aile içinde öğrenildiği, şiddetin var olduğu ailelerde çocukların en az % 30'unun başkalarına şiddet uyguladığı belirtilmektedir (İçli ve ark 1995). Şiddete maruz kalınan bir çocukluk yaşamak, sonraki yaşamda ailede ve toplumsal alanda bir şiddet uygulayıcısı olma olasılığını artırmaktadır (Kıyak 2008). Bu sonuçlar çocukluk döneminden itibaren şiddete uğrayan kız çocuklarının şiddeti her ailede yaşanan bir durum olarak algılamasına, erkek çocuklarının ise şiddet uygulamayı doğal bir olay kabul etmelerine neden olabileceği düşünülmüştür.

Kadınların % 39'u yaşadıkları şiddete yönelik hiçbir şey yapmadığını % 27'si yardım aldığını, % 34'ü ise yaşadığı şiddete karşılık verdiğini belirtmiştir. Benzer biçimde Turhan ve ark.(2006) kadınların % 31'inin yaşanan şiddeti kabullenip, bir şey yapmadığını, % 27,3'ünün resmi makamlara şikâyet ettiğini, % 12'si karşılık verdiğini saptamışlardır. Çalışma bulguları genel olarak değerlendirildiğinde farklı kültür ve sosyoekonomik düzeylerde de olsa kadınların çoğunluğunun yaşanan şiddeti kabullendiği ve şiddete verilen karşılığın daha az oranlarda olduğu görülmüştür.

Araştırma Grubundaki Kadınların Demografik, Evlilik ve Şiddet Özellikleri Yönünden Depresif Belirti Yaşama ve BDE puanının Karşılaştırılması

Çalışmada yaş grupları arasında depresyon belirtisi yaşama durumu ile ilgili anlamlı ilişki bulunmamıştır. Beck Depresyon Envanteri toplam puanlarının yaş grupları ile ilişkisi incelendiğinde de Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının kadınların yaş grubu aralığına göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Benzer olarak Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları araştırmada da araştırma grubundaki kadınların yaşları ile depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Okuryazar/ilkokul mezunu kadınların daha çok depresyon yaşadıkları; ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim alan kadınlarda bu oranın anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamaları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde eğitim durumu ilkokul olanlar ile üniversite olanların Beck Depresyon

Envanteri puanları ($p<0,0083$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi üniversite olanların depresyon puanları, eğitim seviyesi ilkokul olanlardan daha düşük olarak eğitim seviyesinin yüksek olması depresyon puanını olumlu yönde azaltmaktadır. Düşük eğitim seviyesindeki kadınlarda daha yüksek oranda depresyon olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da literatürde bulunmaktadır. Çalışma varsayımı ile uyumlu olarak çalışmada da eğitim seviyesi azaldıkça depresyon oranı yükselmektedir. Çalışma bulgusu ile benzer olarak Gözüyeşil ve ark. (2008) in araştırmasında eğitim durumları ile depresyon düzeylerini gösteren depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş, ortalamalara bakıldığında fakülte ve yüksekokul mezunu kadınlarda depresyon ortalamasının ilkokul mezunu ve ortaokul veya lise mezunu olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. En düşük oranda depresyon oranı çalışmamızda üniversite ve üstü eğitim alanlarda saptanmıştır. Seber ve arkadaşlarının (1995) bildirdiğine göre Warren (1983), yüksek eğitimle artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini artırarak aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını geliştirmesi ile depresif bozuklukların oranını düşürebileceğini belirtmiştir (Seber ve ark.1995). Kadınların düşük sosyoekonomik durumda olmaları ve ekonomik olarak bağımsız olmamaları depresif semptomların görülmesinde önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bu durum kadınların kendilerini güçsüz, suçlu ve bağımlı hissetmelerine neden olmakta ve karar vermeye katılımlarını etkilemektedir (Gölbaşı ve Kelleci 2006). Eğitim seviyesinin daha yüksek olmasının depresyon belirtileri yaşama açısından; kadınların depresif duygular yaşamaya yönelik kendilerini bu depresif duygulardan korumaları yönünden farkındalıklarında artışa sebep olabileceğini söyleyebiliriz. Çetin ve arkadaşlarının (1999) Trabzon ilinde gerçekleştirdikleri çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur-yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon görülme oranının düştüğü belirlenmiştir. Benzer şekilde Yıldırım'ın (1998) yaptığı çalışmada da, eğitim düzeyi arttıkça depresif belirti yaşayan kadın sayısı oranında azalma gözlenmiştir.

Çalışmayan kadınlarda depresif belirti yaşama durumu % 46 dır. Buna karşılık çalışan kadınların % 85.7'sinin depresif belirti yaşamadığı saptanmıştır. Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamalarının kadının çalışma durumuna göre incelendiğinde kadının çalışıyor olması kadının Beck Depresyon

Envanteri toplam puanını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Çetin ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışmada depresyon prevalansı % 42 ile en yüksek düzeyde ev hanımlarında görülmektedir. Çalışmayıp ev hanımı olan tüm vaktini çocukları ve eşi ile birlikte ve onların ev içindeki gereksinimlerini karşılamaya çalışarak geçiren ekonomik özgürlüğü olmayan kadınların, çalışarak ekonomik özgürlüğe sahip olan kadınlardan daha fazla depresyon riski ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Ayrıca bu sonuçlar ev hanımlarının daha fazla strese maruz kalması ve kendine olan güven eksikliği ile ilişkili olabilir.

Ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren kadınlarda depresyon yaşama durumu daha yüksek iken ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren kadınlarda depresyon yaşama oranı anlamlı bir şekilde azalmaktadır. Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamaları algılanan ekonomik duruma ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde, algılanan ekonomik durumu iyi olanlar ile kötü olanların Beck Depresyon Envanteri puanları ($p<0,0167$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların BDE toplam puanları, ekonomik durumunu kötü olarak algılayan kadınların BDE toplam puanlarından daha düşük olarak belirlenmiş ve ekonomik durumun iyi olmasının BDE toplam puanını olumlu yönde azalttığı saptanmıştır. Çoğu araştırmada sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında ters ilişki gözlenmekle birlikte, özellikle alt sosyoekonomik düzeydeki kadınların depresyon için yüksek risk grubu olduğu belirtilmektedir. Çetin ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayanların % 47,2'sinde depresyon mevcutken, sosyal güvencesi olanlarda bu oran % 29,9'dur. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda, genel yaşamsal olanaklardaki kısıtlılık (gelir düzeyindeki düşüklük, işsizlik riski) hem doğrudan hem de dolaylı yollarla (örneğin, sağlık hizmetlerine ulaşımı güçleştirerek) sağlık üzerine olumsuz etkiye bulunmaktadır. Hem sosyo-kültürel düzeyi, hem de olumsuz maddi yaşam standartlarının birbirinden bağımsız olarak ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğine ilişkin bulgular vardır. Daha ağır yaşam koşulları, sosyal dezavantajlarla karşı karşıya kalma ve olumsuz durumlarla başa çıkmada daha az kaynağa sahip olmak alt sosyoekonomik durumdakileri zorlamaktadır. Uzun süre bu koşullarda yaşamak sosyal becerileri de etkilemektedir. Alt sınıf bireylerinin sınırlı yaşam deneyimleri,

sosyal gerçekliği algılamalarını sınırlamakta, bu da depresyon ile başa çıkma yetilerinin gelişimini engellemektedir (Karabilgin ve ark.2003).

Çalışmamızda geniş ailede yaşayan kadınların % 58,8'i depresif semptom yaşarken, çekirdek ailede yaşayanların yalnızca % 31,3'ü depresif semptom yaşamaktadır. Aile tipine göre depresyon yaşama durumunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamaları kadının yaşadığı aile tipine göre incelendiğinde kadının çekirdek ailede yaşıyor olmasının kadının Beck Depresyon Envanteri toplam puanını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Türkiye'de aile ilişkileri genellikle ataerkil niteliktedir. Büyüklük ve yapı bakımından aile çekirdekleşse de, aile içi ilişkilerde son sözü erkekler söylemekte, onlar egemen olmaktadır. Aile içi uyum daha çok kadınların boyun eğmesi ve sessizliği ile sağlanabilmektedir. Ailede evin iş yükü kadının sırtındadır. Bu ödünlere rağmen aileyi ilgilendiren kararlarda kadınlara söz hakkı tanınmamaktadır. Özellikle kadının geniş ailede yaşıyor olması bu ataerkil düzen daha baskın olarak yaşanacağından geniş ailede kadının düşüncesi daha az önemsenmektedir. Bu ise kadın yaşayacağı depresif duyguların oranını artıracaktır. Çalışma bulgusundan farklı olarak özellikle ülkemizde çekirdek aileden gelme depresyon için bir risk faktörü olarak belirtilirken, geniş ailenin manevi desteğinin fazla olmasıyla ilişkili olarak depresyon prevelansının azaldığı bilinmektedir (Karabilgin 2000). Ancak bu durumda şiddet ile birleştiği takdirde geniş ailedeki diğer bireylerinde şiddet riskini artıran faktörler olabileceği ve buna bağlı olarak yapılan çalışmada geniş ailede yaşama ile depresyon arasındaki farklılığı açıklayabileceği düşünülmüştür.

En uzun süre yaşadığı yer il olanların % 26,5'inde depresyon var iken köy olanların % 52,6'sında depresif semptom görülmektedir. En uzun yaşanan yere göre depresyon yaşama durumunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamaları yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yere göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yeri, il ile köy olanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ($p<0,0167$) arasında fark anlamlı bulunmuştur. Uzun süreli yaşadığı yer il olanların BDE toplam puanları, uzun süreli yaşadığı yer köy olanların BDE toplam puanından daha düşük olarak saptanmıştır ve yaşamın

çoğunluğunun geçirildiği yerin il olmasının BDE toplam puanını olumlu yönde azalttığı saptanmıştır. Kadınların köyde yaşamasının ataerkil nitelikte aile ilişkilerine zemin hazırlıyor olması, bu anlamda bağımlılığının artması, kadının yaşadığı şiddete karşı kendini koruyabileceği sistemlerden daha az haberdar olması, kendini geliştirebilmesi, yaşadığı şiddete ilişkin psikolojisini koruması yönünde il merkezinde yaşayan kadınlardan daha az imkânlara sahip olması bunun sonucunda ise depresif duyguları daha fazla hissetmesi ile ilişkilendirilebilir. Bu fark köyde yaşayan kadınların genelde eğitim seviyelerinin düşük ve ekonomik bağımlılıklarının olması ile açıklanabilir.

Evlenmenin, özellikle uyumlu evliliklerin, depresyona neden olan yaşam olaylarının etkisine karşı orta şiddete bir koruyucu etkisinin olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda görücü usulü ile evlenen kadınların diğerlerine göre daha fazla depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.7.). Evlilik biçimi görücü usulü olan kadınların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları, anlaşılarak evlenmiş olan kadınların puanından daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Gölbaşı ve Kelleci (2006)'de görücü usulü ile evlenen kadınların diğerlerine göre daha fazla depresif semptom yaşadıkları belirlenmiştir. Görücü usulü ile evlenme, kadının yaşamındaki en önemli bir konuda karar vermesini engelleyen, onu bağımlı kılan ve otonomisini yok sayan bir durum olarak değerlendirildiğinde bu kadınlarda özgüven ve yaşam amaçlarının etkilenmesinin bir sonucu olarak daha fazla depresif belirti geliştiği söylenebilir.

Evlilik şekli ve evlilik süresi ile ilgili depresyon ilişkisinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (çizelge 3.8.). Kadınların, Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamalarının evlilik şekli ve süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$). Kadınların eşiyle resmi nikâh yaparak evliliğinin hukuki çerçevede olması dolayısı ile yasal haklara sahip olma, ya da böyle bir güvencesinin olması; benzer şekilde evlilik süresinin kısa ya da uzun olmasının kadınları depresif belirti düzeyini etkilemediği, fakat şiddet içeren evlilik yaşantısının depresyon yaşamaya yatkınlığı artırabileceği söylenebilir. Seber ve ark. (1995), Karabilgin (2000)'in araştırmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri puanlarının şiddet öykülerine göre dağılımı incelendiğinde şiddet gören kadınların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları şiddet görmeyen kadınların puanından daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Dolayısı ile şiddetin ne tür olduğundan daha çok varlığı ile kadının depresif tablo sergilemesinin doğru orantılı olduğunu söyleyebiliriz.

Kadınların Beck depresyon envanteri puanlarının eşlerinin çocuklarına şiddet uygulama durumu ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların eşlerinin çocuklarına şiddet uygulama durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Eşlerinin çocuğa şiddet uygulayan kadınların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları, çocuğa şiddet uygulamayan eşe sahip olan kadınlarınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların Beck depresyon Envanteri puanlarının kendisinin çocuklarına şiddet uygulama durumu ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların çocuklarına şiddet uygulama durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuğa şiddet uygulayan kadınların Beck Depresyon Envanteri toplam puanı, çocuğa şiddet uygulamayan kadınlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda depresyon düzeyinin yüksek olması ile çocuğuna şiddet uygulama durumu doğru orantı göstermektedir. Bu durum ise çocuğunun üzerine otoriteye sahip olmak amaçlı disiplinize etmek için şiddete başvurması ilişkili görünmektedir. Çocuğun kişilik gelişiminin sağlıklı olarak devam etmesi için şiddet içeren söz ya da davranışlar değil, konuşma, dinleme gibi olumlu davranışlara başvurmak gerektiği gerçeği açıktır. Eşinden yaşadığı şiddet ile ilişkili olarak sosyol psikolojik ekonomik anlamda kısıtlılıkları olan ve süreçle birlikte yoğun depresif duygular yaşayan kadının; güçsüz, gelişimi için ebeveynlerine muhtaç olan bir çocuğun büyütme sürecinde olması gereken pozitif anlayış olumlu bakış açısına sahip olmaması var olan durumun sonucudur. Yapılan araştırmaların sonuçları ise bu şekilde şiddet içeren ortamda büyümüş aile içi şiddete maruz kalmış nesillerin, ileride şiddet uygulayan eşler, ya da ebeveynler olarak karşımıza çıkacağını söyleyebiliriz.

Kadınların Beck depresyon Envanteri Puanlarının şiddetin evliliğin ilk günleri ve yılları, hamilelik dönemi veya doğum sonu dönem olması gibi başlama aşamalarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve ortalamaları, şiddet yaşadığında kadının ne yaptığına ilişkin değerlendirmeye göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$).Yapılan ileri analizlerde şiddet yaşadığında hiçbir şey yapmayanlar ile, şiddet yaşadığında destek almış olanların Beck Depresyon Envanteri puanları ($p<0,0167$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Şiddet yaşadığında yardım alanların depresyon puanları, şiddet karşısında hiçbir şey yapmayanlarınkinden düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yaşadığı şiddet karşısında hiçbir şey yapmayanların depresif semptom gösterme oranı % 55,1 iken, yaşadığı şiddet karşısında yardım alma ya da karşılık verme gibi tepki süreçlerinde ise; depresif semptom yaşama oranı, yardım alanlarda % 33,3, karşılık verenlerde ise % 16,2 olarak saptanmış ve bu oranın şiddet karşısında yardım alma ya da karşılık verme ile anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (Çizelge 3.8.). Benzer olarak Karabilgin (2000)'in çalışmasında sıkıntısını paylaşacak kimsesi olan kadınların % 49,3'ünde, sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayanların % 73,3'ünde depresif belirti görülmektedir. Yıldırım (1998)'in çalışmasında ise yaşadığı şiddet karşısında hiç bir şey yapmayarak sessiz kalanların % 66,7 sinde depresif semptom görülmektedir. Kadınların tek başına, yaşadığı şiddet ile başa çıkarak onu tolere etmeye çalışarak yaşamına devam etmeye çalışması yerine karşılık verme yada destek alma şeklinde şiddete tepki vermesi kadınların yaşayacağı depresyona karşı koruyucu rol üstlenmektedir. Kişiyi destek olacak bir kimsenin bulunması özellikle kadınlarda depresyona karşı koruyucu görev görmektedir. Yaşam olaylarının etkileri birey için öznel ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal yetkileri ile yakından ilişkilidir. Şiddete uğrayan kadınlar için destek oldukça önemlidir. Kadının yaşadığı şiddet nedeniyle yükselen depresif duyguları, ailesinin şiddeti desteklemesi ve uygulaması durumunda oldukça yüksek boyutlara taşınmakta ve kadının kendini çaresiz ve umutsuz hissetmesine neden olmaktadır. Şiddete yönelik destek alınması depresyon puanını olumlu yönde azaltmaktadır. Kadının sahip olduğu sosyal desteğin kadını şiddet koruyan önemli faktör olmasıyla birlikte kadının çevresinden aldığı destek kadının azalmış olan değerlilik duygusunu vurgulayarak özgüvenini artırmakta, böylece depresif duygulardan uzaklaşmasını

sağlamakta ve şiddet ile ilgili yapılması gerekenler konusunda kadına yol gösterici olabilmektedir.

Çalışmamızda BDE total puanı; fiziksel, cinsel, sözel ve ekonomik şiddet olarak tek tek incelendiğinde fiziksel ve sözel şiddet yaşayanlarda depresyon yaşama durumu anlamlı şekilde yüksek iken; ekonomik ve cinsel şiddet yaşayanlarda fiziksel ve cinsel şiddete bağlı olarak depresyon yaşayan kadın sayısı daha az olarak bulunmuştur (Çizelge 3.7). Kadınların Beck Depresyon Envanteri puanlarının puanları ve toplam puan ortalamalarının eşi tarafından ekonomik ve cinsel şiddete uğrama durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmada kadınların fiziksel ve sözel şiddete uğrama oranları daha yüksektir. Kadınların BDI toplam puanlarının eşi tarafından fiziksel şiddete uğrama durumu ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların fiziksel şiddet yaşama durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanı, uğramayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kadının yaşadığı fiziksel şiddet ile ilgili olarak tekme, tokat ya da dayak yemesi ile kadın kendisini güçsüz, değersiz, unutulmuş, hissettikleri önemsemeye layık olmayan olarak hissetmekte, şiddet karşısında yaşadığı öfke, çaresizlik gibi duygularda kadının psikolojik dünyasını alt üst etmekte ve depresif duyguları en üst düzeyde yaşamasına sebep olmakta doğru orantılı olarak riski de artırmaktadır. Kadınların Beck Depresyon Envanteri puanlarının eşinden sözel şiddete uğrama durumu ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların sözel şiddet yaşama durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri puanları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Eşi tarafından sözel şiddete uğrayanların Beck Depresyon Envanteri toplam puanı, uğramayanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Fiziksel ve sözel şiddet kadının beden bütünlüğüne ve kişilik haklarına doğrudan saldırı şeklinde davranışlar olduğu için kadının depresyon yaşama riskini artıran bir durum olarak değerlendirilmiştir. Ancak ekonomik ve cinsel şiddetin yapılan çalışmada sıklığının düşük olması, kadının durumu sorun olarak algılamaması depresyon varlığı ile farklılık oluşmasının nedeni olabilir. Çifçi (2007) araştırmalarında da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Her iki çalışmada da fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların almış olduğu BDE toplam puanlarının, şiddete maruz kalmamış kadınların aldığı puanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Depresyon yaşamada karıştırıcı olabilecek değişkenlerle birlikte yapılan Binary Logistik regresyon analizinin şiddet yaşama durumunun depresyon yaşamada önemli bir risk faktörü olduğunu göstermesi yukarıda belirtilen bulgu ve yorumlarımızı destekleyici niteliktedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Görüşülen kadınların yaş ortalaması $34,05 \pm 7,2$ dir. Yüzde 29'u ilkokul, % 29,5'i üniversite mezunudur. Yüzde 54,5'i ev hanımıdır. Yüzde 83'ünün çekirdek ailede yaşadığı, % 32,5 inin 15 yıl ve üzeri evlilik süresinin olduğu ve % 91'inin resmi nikâhlı evliliğini sürdürdüğü saptanmıştır.

Sosyoekonomik değişkenlere bakıldığında; kadınların aylık gelir ortalamasının $1478 \pm 955,4$ TL olduğu, % 30'unun ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiği, % 86,5'inin sağlık güvencesinin olduğu ve % 50'sinin ailede gelir harcama kararını eşiyle birlikte verdiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 61'inin eşi tarafından şiddete uğradığı, kadınların % 50'sinin sözel, % 32'inin fiziksel, % 6,6'sının cinsel şiddet ve % 10,7'sinin ekonomik şiddete uğradığı, % 41,5 inin daha önceden de şiddet öyküsü olduğu, şiddet gören kadınların, % 39'unun şiddet karşısında hiçbir şey yapmadığı saptanmıştır.

Depresif belirti yaşama ile kadının ve eşinin öğrenim durumu, kadının çalışma durumu gelir algısı, aile tipi en uzun yaşanan yer, şiddet görme durumu, (fiziksel ve sözel şiddet), daha önce şiddet yaşama öyküsü ve şiddete uğradığında destek alıp almadığı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

BDI toplam puanının; kadının ve eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer, aile tipi, evlilik süresi ve değerlendirmesi ile anlamlı fark görülmüştür.

BDI toplam puanının; şiddet öyküsü, şiddete uğrama durumu (fiziksel ve sözel şiddet), şiddete uğrama süresi, şiddet yaşadığında destek alması, kendisi ve eşinin çocuklarına şiddet uygulama durumları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların ruhsal yönden sıklıkla değerlendirilmesi ve gerekli tedavi yaklaşımlarının uygulanması,

Şiddete uğrayan kadınlarda depresyon gelişme riski daha yüksek olduğundan, sağlık hizmeti veren personelin bu konuda eğitilmesi,

Kadınlara karşı şiddetin önlenmesi konusuna yeterli kaynak ayrılması, kadınlara karşı şiddeti engellemek amacıyla eğitim programları dâhil gerekli önlemlerin alınması, geliştirilmesi, kadına yönelik şiddet konusunda eğitimler verilmesi,

Sivil Toplum Örgütlerinin kadının insan haklarının tanınması alanındaki önemli rollerinin artırılması ve Sivil Toplum Örgütlerinin mali açıdan güçlendirilmesi,

Şiddet türleri ve şiddetin sonuçları ile ilgili bilimsel verilerin derlenerek kitle iletişim araçları yoluyla halka sunulması,

Şiddet yaşayan kadınların sağlık kurumlarına başvurması durumunda; kadınların yönlendirileceği ilgili kurum listelerinin ve irtibat telefonlarının sağlık kuruluşlarında mutlaka bulundurulması, danışmanlık birimlerinin kurulması, tüm hekim, hemşire ve diğer çalışanların bu konuda eğitilmesi,

Şiddet mağduru olan ve buna bağlı olarak yüksek depresyon geliştirme riski taşıyan ebeveynlerin yetiştirdikleri çocukların gelecekte şiddet uygulama riskleri dikkate alınarak bu çocuklar için koruyucu, önleyici ve tedavi edici programların geliştirilmesi,

Şiddete uğrayan kadınlarda depresyonun önlenmesinde hemşirelik girişimlerinin etkisini ortaya koyan araştırmalar yapılması ve sonuçlarının uygulanabilir olması amacıyla ilgili birimlere bildirilmesi önerilebilir.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi

Ayşe AKALIN

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2010

Ankara kent merkezinde kadına yönelik eş şiddeti sıklığı ve şiddet depresyon ilişkisinin incelenmesine yönelik olan araştırma tanımlayıcı türdendir. Çalışma Mart - Nisan 2009'da Çankaya ilçesine bağlı 2'nolu AÇSAP bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu 15-49 yaş arası, okuryazar, araştırmayı kabul eden ve evli 200 kadın oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında; 35 sorudan oluşan anket formu ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal wallis (KW), Mann-Whitney U (MW-U) testi, Bonferroni düzeltilmeli MW-U ve çoklu regresyon (Enter method) analizleri kullanılmıştır.

Çalışma yapılan bölgede kadınların %61,0'nın şiddete maruz kaldığı, şiddete uğrayan kadınların %50'sinin sözel, %32,8'inin fiziksel, %10,7'sinin ekonomik ve %6,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde: kadına yönelik eş şiddetinin; eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplarda yoğun şekilde yaşandığı sonucuna varılmıştır. Şiddetin kadınların depresif belirti yaşamaları üzerinde ise önemli etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: şiddet; aile içi şiddet; depresyon.

7.SUMMARY

Incidence Violence in family and the Effect Depression of Violence in 15-49 Age Group Women

Research of frequency of domestic violence against woman and relation between depression and violence is type of descriptive. The research was done in between Mart - Nisan 2009 in number 2 AÇSAP region of Ministry of Health in Cebeci district of Ankara. Research involves literate, married 200 women at the age ranging from 15 to 49, who agreed survey.

Beck Depression Inventory and survey consisting 35 questions is used to gather data. Inventories were completed by investigator by face to face discussion technique. Number and percentage, mean and standart deviation and also Kruskal Wallis (KW) analyses, Mann-Whitney U (MW-U) test, Bonferroni adjusted MW-U test and multiple regression (Enter method) analyses were used.

It was established that %61,0 of the women were exposed to violence, and %50 of them were verbally abused, , %32,8 of them physically abused, %10,7 of them economically abused and %6,6of them were sexually abused. According to the study finding, it's been found that domestic violence is encountered in low education and income groups. It's been found that domestic violence has a significant impact on women's depressive symptoms.

Key words: violence; domestic violence; depression.

8. KAYNAKLAR

1. Akın A, Üner O, Özaydın N. Kadın ve şiddet. Sağlık ve Toplum. 1998;8:73-78.
2. Prof Dr. Ayşe Akın'ın Penceresinden Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimler. Birinci Baskı. Ankara, Hüksam yayınları, 2008; 36-37
3. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. Yeni Sempozyum. 2002;40:41-48.
4. Alpar R. Hipotez Testler. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. 3. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
5. Alper Y. Bütün Yönleriyle Depresyon (Tanısı, Nedenleri, Psikodinamiği, Tedavisi). İstanbul, Gendaş Yayınları, 1997;8-14.
6. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health- related ouality of life among abused women. Quality of Life Research. 2006;15:959- 965.
7. Altan Ş, Şirin A. Şiddete maruz kalan gebe kadınların evde izlemi. Aile ve Toplum. 2005;2:69–75.
8. Altınay AG, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2007; (10.12.2009). Available from <http://www.kadınayoneliksiddet.org/kitap.html>.
9. Altun M. Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yas Evli Kadınların, Fiziksel Siddet Görme Durumları ve Kadınların Siddete İlişkin Tutumları. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006;20-48.
10. Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. Sağlık ve Toplum. 2006;2:101–112.
11. Arınc C. Kadına Yönelik Şiddet; Cogito, 1996; 6-7:306.
12. Arıkan Ç. Sosyal hizmetler açısından şiddet ve bir türü olarak evlilikte kadına yönelik şiddet. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi. 1987;5:75- 97.
13. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ş, Tuğlu A. Hemşirelerin acil serviste şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi. 2005;47:18 – 23.
14. Atman CÜ. Kadına yönelik şiddet cinsel taciz ırza geçme. Sted Dergisi. 2003;12:333-335.
15. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000; 121-125
16. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi eş şiddeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3:75-87.
17. Banyard VL, Plante EG, Moynihan MM. Bystander education bringing a broader community perspective to sexual violence prevention. Journal of Community Psychology.2004;32:61-79.
18. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. In: Erefe İ, editors. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. 3. baskı. Ankara: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE). 2004; 27–48.
19. Baysan L. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek Geliştirme. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003;30-74.

20. Biriken H. Kadına Yönelik Şiddet Neden Bir Sağlık Sorunudur? 1. Kadın Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, 2008, 109- 111.
21. Cassidy K. How to access and intervene in domestic violence situations home health care. Nurse Continuing Education.1999;34-45.
22. Christian A. Home care of the battered pregnant woman: One Battered Woman's Pregnancy. JOGNN.1995;24(9): 836-842.
23. Cıncı M. Depresyon. Çeviren: Bozkurt A. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004;20-32.
24. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M, Köroğlu MA, Uluutku N. Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydı Sempozyumu, Trabzon, 1999;24-32.
25. Çalışır H. Dünder E. Karaçam Z. Altuntaş F. Avcı CH. Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;22:71-88.
26. Çifçi Ö. Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007;24-52
27. Daloğlu H. Varol N. Varol Ş. Kadına yönelik aile içi şiddetin yasal açıdan değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2005;5:224-229.
28. DiJulio KS. Families in crisis: family violence: Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing, EM Varcaloris (Ed), St. Louis, WB Saunders Company. 1998;387- 437.
29. Dindaş H, Ege E. Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Selçuk Üniversitesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.2009;3:5-17.
30. Doğanavşargil Ö, Vahip I. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17:107-114.
31. Erbaydar Paksoy N. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları ve Hekim Sorumluluğu Durumu. 1. Kadın Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, 2008;105-108.
32. Erbaydar Paksoy N. Kadına yönelik şiddet ve önlenmesi. Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ankara Tabip Odası Yayınları. Ankara, 2009; 91-99.
33. Eryılmaz G. Aile içi şiddet kadın sağlığı ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi.2001;5:19-24.
34. Fishwick N, Parker B, Campbell JC. Care of survivors of abuse and violence, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Ed.by Stuart GV, Laraia MT, Seventh edition, Mosby -Year Book, 2001,824-841
35. Frost M. Health visitors perceptions of domestic violence the private nature of problem. Journal of Advanced Nursing,1999;30:12-18.
36. GNS. Genel Nüfus Sayımı. 2000; (01.01.2010). Available from <http://tuikapp.tuik.gov.tr/nufusapp/idari.zul>
37. Gölbaşı Z, Kelleci M. Kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklere göre depresyon. Sağlık ve Toplum.2006;16:48-53.
38. Gömbül Ö, Buldukoğlu K. Hemşirelerin kadın ve kadına yönelik eş şiddetine ilişkin görüşleri. Kriz Dergisi. 1997;5:103-114.

39. Gömbül Ö. Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddet ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Hemşirelerin Tutumları ile Cinsiyet Rol Kalıpları Arasındaki İlişki. Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1998;10-42.
40. Göz F, Kızıl A. Klinik hemşirelerinin karşılaştıkları şiddet içerikli davranışlar. Aktüel Tıp Dergisi.2006;18: 100-103.
41. Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya S. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2008;3:29-66.
42. Gunter J. Intimate partner violence. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2007;34: 367–388.
43. Güler N. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakış açısı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27:51-56.
44. Günay T, Giray H, Harç B, Köksal B, Sarı S. İzmir’de bir gecekondu bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. Sağlık ve Toplum. 2006;3:31–37.
45. Gürsoy E. Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımında Ebe ve Hemşireliğin Yeri ve Önemi 1. Kadın Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara, 2008.148-153.
46. Harris M, Dutton M, Goodman L. The Relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mental III Women, Journal of Traumatic Stress. 1997; 10 :51-70.
47. Hedrix MJ. Battered Women, Psychiatric Nursing in The Hospital and The Community, Ed. by Burgess AW, Third Edition, 1981, 574-579.
48. Heissel L. Violence Against Women The Hidden Burden, World Health Statistics Quarterly, 1993;46:12-20.
49. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988;6 22:118-122.
50. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. Psikoloji Dergisi.1989;7:3-13.
51. Humphreys CA. Health inequalities perspective on violence against women. Health and Social Care in the Community. 2007;15:120–127.
52. ICN. Nurses, Always There for you: United Against Violence. International Nurses’ Day 2001.
53. İçli TG, Ögün A, Özcan N. Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadının Suçluluğu, Devlet Bakanlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Bizim Büro Basımevi, 1995.
54. Işıloğlu B. Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Sosyodemografik Faktörler Çift Uyumu ve Hastalıkla İlişkisi Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006;12-20
55. Jevkers R. Violence Against Women an Emerging Health Problem Int Clin Psychopharmacol. 2000; 15:37-45.
56. KADER. Kadın Sorunlarına Çözüm Arayışı Kurultayı Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Çalışma Grubu. Kader yayınları, İstanbul, 2003;6-10.
57. Karabilgin S, Kayahan B, Altıntoprak E, Öztürk. 15-49 yaş arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi.2003; 4: 208-219

58. Karabilgin Ö. Balatcık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevelansı ve WHOQL-BREF Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2000;32-50.
59. Kartal G. Kadına Yönelik Aile içi Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Teşkilatının Rolü. I.Kadın Sağlığı Kongresi. Ankara, 2008. 91-92.
60. Kearney MH. Enduring love a grounded formal theory of womens experience of domestic violence, Research in Nursing and Health, 2001;24:270- 282.
- 61.Kelleci M, Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1998.
- 62.Kıyak S. Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları.Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008;24-48
63. Kocacık F. Aile İçi İlişkilerde Kadına Yönelik Şiddet, Cumhuriyet Üniversitesi yayınları no; 93. Sivas, 2004.
64. Krishnan S. Gender. Caste and economic inequalities and marital violence in rural South India. Health Care for Women International. 2005; 26:87-99.
65. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The World Report on the Violence and Health. The Lancet. 2002;360:1083–1088.
66. KSGM. Pekin +5 Siyasi Deklarasyon ve Sonuç Belgesi Pekin Deklarasyonu Eylem Platformu. KSGM Yayınları, Ankara, 2001.
67. KSGM. Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan TBMM Araştırma Komisyonu Raporu. KSGM Yayınları, Ankara, 2006.
68. KSGM. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi. KSGM Yayınları, 2008.
69. Muslu L, Erdem M. Eşi tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2002;4:31- 38.
70. Müberra A. Denizli İli Kırısasında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş Kadınların Fiziksel Şiddet Görme Durumları ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları. Pamukkale Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006;24-30.
71. Özdemir HM, Ergöner TA, Sönmez E, Can Öİ ,Köker M ,Salaçin S. Dokuz eylül üniversitesi hukuk fakültesi öğrencilerinin ‘aile içi şiddete yaklaşımları. Adli Bilimler Dergisi.2006;5:7-13.
72. Özmen S. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2004;37:27-39.
73. Özvarış BŞ. Toplumsal Cinsiyet Sağlık İlişkisi ve Türkiye’de Durum I.Kadın Sağlığı Kongresi, Ankara, 2008, 37-42.
74. Peşken Y, Tunçel E, Dündar C. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2007;17:105-110.
75. Resnick H, Acierno R, Holmes M, Dammeyer M, Kilpatrick D. Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. Journal Of Clinical Psychology,2000; 56:1317-1333.

76. Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence factors associated with perpetration and victimization, *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56 :1289-1316.
77. Rynerson B. *Violence Against Women, Maternity and Women Health Care*, Ed.by. Lowdermilk DL et al, Sixth Edition, Mosby Year Book, United States, 1997, 1220-1242
78. Saçaklıoğlu F, Çiçeklioğlu M. Kadına yönelik şiddet ve çözüm yolları. *Toplum ve Hekim*. 1996;11:75-76.
79. Savaşır I, Şahin NH . Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1997;23-33.
80. Seber G, Kaptanoğlu C, Önen R. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörü ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 1995;3:88-103.
81. Sevil Ü, Yanıkerem E. *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*, 1. basım, İzmir kitabevi, 2006.
82. Sevil Ü, Kavlak O, Yanıkerem E. Şiddetin kadın sağlığına etkileri ve sağlık çalışanlarının rolü. *Kadın Çalışmaları Dergisi*. Aile içi Şiddet özel sayısı. 2007;32-47.
83. Schotte CKW. Construct Validity of the Beck Depression Inventory in a Depressive Population. *Journal of Affect Disord*. 1997;46:115-125.
84. Solly B, Marcia L, Patrica A. *Violence Against Women, Maternal Newborn Nursing Multi Media Sixth Edition* ,2000.
85. Stuart GW, Sundeen JS. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* The Mosy Company, 1987, Toronto.
86. Taşçı N. Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2003;12-28.
87. Taşkın L. Uluslar arası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004;8:16-22.
88. Tel H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*. 2002;6:1-9.
89. Tokdemir M, Deveci SE, Açık Y. Aile İçi Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Nedeniyle 2004–2006 Yılları Arasında Elazığ Adli Tıp Sube Müdürlüğü'ne Basvuran Kadınların Değerlendirilmesi, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi kongre kitabı. Denizli, 2007, 480-482.
90. Tunçel E, Dünder C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2007;17:105-110.
91. Turhan E, Güraksın A, İnandı T. Erzurum'da kadına yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum*. 2006;16:24-30.
92. Ünal G. Aile içi şiddet, 2005; (23.10.2008) Available from <http://www.aile.gov.tr/raporlar/8.pdf>
93. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13:312-319.
94. Vedat I . Engelli çocuğa sahip anne babalarda depresyon. Şefkat matbaacılık, Ankara, 2005:12-20
95. Weingourt R, Maruyama T, Sawada I, Yoshino J. Domestic violence and women's mental health in Japan. *International Council Of Nurses*, 2001;48:102–108.

96. WHO. World Health Assembly Endorses Plan of Action to Deal with Violence as a Public Health Issue, WHO 13 Mayıs 1997. (10.08.2009) Available from http://www.who.int/whr/1997/en/whr95_en.pdf
97. WHO. World Report on Violence and Health Geneva, 2002, (10.08.2009) Available from http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
98. Yıldırım A. Sıradan Şiddet Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. 1. Baskı. Boyut Kitapları, İstanbul, 1998;12-30.
99. Yanikkerem E. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşlerinin ve Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2002.12-48.
100. Yıldız Y, Yavuz MF, Akıncı FS. Aile içi şiddet olgularında 4320 sayılı ailenin korunmasına dair kanunun uygulamaları. Adli Tıp Dergisi. 2003;17:59-66.

9.EKLER

EK.A. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmış bir araştırmadır. Araştırmada sizlere uygulanacak sosyodemografik, sosyoekonomik anket formu yanında Beck Depresyon Envanteri yer almaktadır. Bir yıl içinde bitirilmesi planlanan bir çalışmadır. Araştırmanın amacı, 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığını belirlemek ve şiddet depresyon arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma evreni için Sağlık Bakanlığı Ankara 2 Nolu Cebeci AÇSAP merkezi seçilmiştir. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Herhangi bir zamanda vazgeçmeniz ya da katılmamaya karar vermeniz, almakta olduğunuz hizmetin kalitesini etkilemeyecektir. Araştırmaya katılırsanız sizden iki bölümden oluşan bir veri toplama formunu doldurmanız istenecektir. Bu form ile aile içi şiddet ve şiddet ve depresyon arasındaki ilişki incelenecektir. Bu araştırma süresince size ilişkin toplanacak tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilecek ve özetlenecektir. Bu bilgiler, Sağlık Bakanlığı'na iletilecektir. Hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Ayşe AKALIN

Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN

Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

Ek B: Anket Formu**Anket No:****A.Sosyo demografik özellikler**

1.Yaşınız

2.Eğitim durumunuz?

1. İlkokul 2. Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite ve üstü

3.Mesleğiniz nedir?.....

4.Şu an çalışıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

5.Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?.....

6.Hanenize giren toplam aylık geliriniz.....YTL

7.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.Kötü 2.Orta 3.İyi

8.Sosyal güvenceniz var mı?

9.Yaşamınızın çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

1.Köy 2.İlçe/Kasaba 3. İl

10.Aile tipiniz?

1.Çekirdek Aile 2. Geniş Aile

Evlilikle ilgili özellikler

11.Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekâr

12. Evlilik şekliniz?

1.Resmi Nikah 2. İmam nikahı

13.Evlilik biçiminiz?

1.Görücü usulüyle evlendim

2.Anlaşarak evlendim

14. Evlilik süreniz?

1.0-9yıl 2. 10 yıl ve üzeri

15.Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?.....

16.Evlendiğinizde eşiniz kaç yaşındaydı?.....

17. Genel olarak evliliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1.Kötü 2.orta 3.İyi

18.Eşinizin eğitim durumu nedir?

1.Okur yazar/İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite ve üstü

19.Ailenizde gelirin nasıl harcanacağına kim karar verir?

1.Çoğunlukla ben

2.Çoğunlukla eşim

3.Beraber karar verimiz

Obstetrik öykü

20. Şu anda gebe misiniz?

1.Evet

2.Hayır

21.Kaç kez gebe kaldınız?.....

22. Doğum sayınız?.....

23. Yaşayan çocuk sayınız?.....

24.Kürtaj sayınız?

25. Düşük sayınız?.....

26.Gebelikleriniz isteyerek miydi?

1. Evet, hepsi isteyerekti

2. Hayır, hiçbirini istemedim, eşimin isteğiyleydi

3.Gebelik yaşamadım

Şiddet Öyküsü

Fiziksel Şiddet; Tokat atmak, yakın mesafede el kol hareketleri yapmak, yumruklamak bıçak ya da silah ile yaralamak ev/iş eşyalarına zarar vermek v.b

Sözel (duygusal) Şiddet; Aşağılayıcı sözler söylemek, susturmak, karşı çıkmak, zaafları ile alay etmek, suçlamak, küfür etmek, alay etmek küçük düşürmek, yüksek sesle bağırarak, eşini hizmetçisi imiş gibi kullanmak eşin (kadının) öz güvenini yitirmesini neden olmak.

Cinsel Şiddet; Doğum kontrol yöntemi kullanma hakkını engelleme ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma önlemlerini reddetme, zorla düşük yaptırtma.

Ekonomik Şiddet; Evin masraflarını karşılamamak, kadının iş ve meslek sahibi olmasını engellemek, çalışıyor ise işten ayrılmaya zorlamak, çalışan eşin (kadının) elinden parasını almak, paranın ve mal/mülkün kontrolünü elinde bulundurmak, kadının para istemesini beklemek, paranın nereye harcandığını kontrol etmek.

27.Son 10 gün içerisinde şiddete maruz kaldınız mı? (cevabınız evet ise 28. ve 29.sorulara cevap veriniz).

1.Evet 2.Hayır

28.Ne tür şiddete maruz kaldınız?

1.Fiziksel şiddet 2.Sözel şiddet 3.Ekonomik şiddet 4.Cinsel şiddet

29.Şiddete maruz kalma süreniz nedir?

1.Sürekli 2. Ara sıra 3.Hiçbir zaman

30.Şiddet evliliğinizin hangi aşamasında başladı?

- 1.Evliliğin ilk yılları
2. Hamilelik dönemi
3. Doğum sonu dönem

31.Eşiniz çocuğunuza şiddet uyguluyor mu?

1.Evet 2.Hayır

32.Çocuğunuza şiddet uyguladığınız oldu mu?

1.Evet 2.Hayır

33.Çocuklukta şiddete maruz kaldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

EK C: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatli okuyunuz. Son bir hafta içindeki (Şu an dahil) ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.

8. (a)Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b)Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c)Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d)Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b)Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c)Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a)Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b)Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c)Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d)Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11.(a)Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b)Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c)Çoğu zaman sinirliyim.
(d)Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a)Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b)Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a)Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b)Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c)Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d)Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a)Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b)Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d)Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.(a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c)Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d)Hiçbir iş yapamıyorum.

16. (a)Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b)Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a)Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b)Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c)Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d)Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a)İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b)İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c)Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d)Artık hiç iştahım yok.
19. (a)Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b)Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c)Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d)Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c)Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d)Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK.E. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 12

Toplantı Tarihi: 26-12-2008

Karar Sayısı:2008/363;Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN'ın "15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 22.12.2008 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü; yüksek lisans tez çalışmasının Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
26-12-2008

Şazer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

10. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Düzce’de doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Düzce’de tamamladı. 2001 yılında Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2006 yılında mezun oldu. 2007 yılı içinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliğinde Yüksek lisansa başladı. 2006 yılında naklen atanarak Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Toraks ve Kalp Damar Cerrahisi servisinde çalışmaya başladı ve halen görevine devam etmektedir.