

# KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDA HEMŞİRELERİN VE EBELERİN BİLGİ DURUMLARI

## NURSES AND MIDWIVES' KNOWLEDGE ABOUT DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN

Fatma BAŞAR<sup>1</sup>  
Ayşegül DURMAZ<sup>2</sup>

### Özet

#### Amaç:

Araştırmada Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan Hemşirelerin ve Ebelerin aile içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi düzeylerini saptamak amaçlandı. Yöntem: Araştırma Aralık 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında Kütahya Merkez ilçedeki Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan Hemşireler ve Ebeler üzerinde tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 62 Hemşire ve Ebe oluşturdu. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenirken 17 Hemşireye ve Ebeye ulaşılamadı. Araştırmaya 45 Hemşire ve Ebe dahil edildi. Veriler toplanırken anket formu ve "Hemşirelerin ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek (HEKYSBTÖ)" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman Korelasyon

1-Yard. Doç. Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

2-Yard. Doç. Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

Katsayısı testleri uygulandı. Bulgular: Araştırmaya katılanların %64,4'ü ebe, %35,6'sı hemşiredir. Hemşirelerin ve Ebelerin, %71,1'i öğrenim hayatlarında şiddetle ilgili ders aldıklarını, %84,4'ü mesleki yaşamlarında şiddete uğramış kadınla karşılaştıklarını belirtti. HEKYSBTÖ toplam ölçek puan ortalaması  $20.00 \pm 3.76$  (Hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli) bulundu. Hemşirelerin Ebelere, orta gelirli olanların yüksek gelirli olanlara ve birinci basamakta 1-5 yıl çalışanların 6-10 yıl çalışanlara göre HEKYSBTÖ toplam ölçek puanı daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). Sonuç: Hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu saptandı. Ancak hemşirelerin ve ebelerin şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarında yapılacak girişimler konusunda bilgi ve donanımları eksikti. Gelir düzeyinin ve birinci basamakta çalışma süresinin şiddet belirtilerini tanımda etkili olduğu belirlendi. Hemşirelerin ve Ebelerin mesleki öğrenim müfredatında kadına yönelik şiddet konusuna mutlaka yer verilmesi ve hizmet içi eğitim programlarında bu konunun işlenmesi önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Kadına yönelik şiddet, Hemşire, Ebe, Ölçek, Bilgi

### Abstract

Objective: The study aimed to determine the knowledge of nurses and midwives working at Family Health Centers about domestic violence against women. Method: This study was descriptive. It was conducted with nurses and midwives working at Family Health Centers in the city of Kütahya between December, 2012 and January, 2013. The study population consisted of 62 nurses and midwives who work at Family Health Centers. Although the entire population of the study was targeted, 17 nurses and midwives could not be included in the study. Thus 45 nurses and midwives were included in the study. A questionnaire and the Scale for Nurses and Midwives to Determine the Symptoms of Violence against Women (SNMDSVAW) were used for data collection. The data were evaluated using descriptive statistics, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U and the Spearman correlation coefficient tests. Findings: Of the participants, 64.4% are midwives and 35.6% are nurses. It was determined that 71.1% of them had attended a course about violence during their educational lives, and 84.4% had encountered abused and battered women in their professional lives. Total mean scores for the SNMDSVAW were found to be  $20.00 \pm 3.76$  (Nurses And Midwives' Knowledge About

Domestic Violence Against Women partially sufficient). The study concluded that nurses than midwives, medium-income than high-income and 1-5 years employees working than 6-10 years at Family Health Centers have higher total scale score on the SNMDSVAW ( $p < 0.05$ ). Conclusion: Nurses And Midwives' Knowledge About Domestic Violence Against Women is partially sufficient. However, nurses 'and midwives' knowledge and equipment on the initiatives to be exposed to violence when faced with a woman was missing. Income and working in primary care center recognize the signs of violence was effective. According to this study, the subject of violence against women should be included in the professional education syllabi and in-service training programs of nurses and midwives.

**Key words:** Domestic Violence against Women, Nurse, Midwife, Scale, Knowledge

## Giriş

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (Yetim ve Şahin, 2008, s. 49). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 1993 yılında kabul edilmiş olan Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi'nde kadına yönelik şiddet "ister kamusal ister özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem, uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" şeklinde tanımlanmaktadır (United Nations, 1993 art.1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2013 verilerine göre küresel olarak kadınların %30'u, bölgesel olarak Avrupa bölgesinde kadınların %25.4'ü partneri tarafından cinsel veya fiziksel şiddete uğramaktadır (World Health Organization, 2013, s. 18). DSÖ'nün 10 ülkede 24.000 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %13-61'inin fiziksel, %6-59'unun cinsel, %15-71'inin hem fiziksel hem de cinsel, %20-75'inin ise duygusal

şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (World Health Organization, 2005, s. VIII, XIII). Amerika'da 2012 yılında 10 eyalette gerçekleşen 1706 kadın cinayetini inceleyen çalışmada, öldürülen kadınların %7'nin 18 yaşından küçük, %11'nin 65 yaşından büyük olduğu ve %93'ünün tanıdığı bir erkek tarafından öldürüldüğü saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada Amerika'da her 100000 kadından 1,16'nın bir erkek tarafından öldürüldüğü bildirilmiştir (Violence Policy Center, 2014, s. 2-3). Elmalı, Erten, Zincir, Özen ve Balcı'nın (2011, s. 40) çalışmasında bildirdiğine göre Amerika'da aile içi şiddetin diğer suçlardan daha fazla görüldüğü ve her 15 saniyede bir aile içi şiddet olgusu yaşandığı, her yıl 2-4 milyon kadının eşi tarafından dövüldüğü, bunların 2000-4000'inin yaralanma sonucu öldüğü belirtilmektedir. García-Moreno ve arkadaşları (2015, s. 1687) makalesinde bildirdiğine göre, dünya genelinde kadınların yaklaşık üçte biri (%30.0) partneri tarafından fiziksel ve cinsel şiddete ya da her iki şiddete birden maruz kalmaktadır. Dünya genelindeki kadın cinayetlerinin %38.6'ı kadının partneri tarafından gerçekleştirilmektedir. Thureau, Louvry, Thureau, Gricourt ve Proust (2015, s. 42) 707 fiziksel şiddet kurbanı üzerinde yaptığı çalışmada kadınların (%87.0, N=626) erkeklerle (%13.0, N=81) göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığını saptamıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırması (2015), toplam 15,072 kadın üzerinde yapılmış çalışma sonucunda ülke genelinde, kadınların yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %35.5, cinsel şiddet oranı %12, hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalma oranı %37.5, duygusal/sözel şiddet oranının ise %44 olduğu tespit edilmiştir (TNSA Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015 s85,328).

Kadına yönelik aile içi şiddet sonucu kadının genel sağlık durumu kötüleşmekte, yaşam kalitesi düşmekte ve genel sağlık hizmeti kullanımı artmaktadır (Yaman-Efe, 2012, s. 49). Hastalık Kontrol Merkezi'nin (2015) bildirdiğine göre kadına yönelik partner şiddeti sonucu kadınlarda, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer olumsuz cinsel sağlık sonuçları (istenmeyen ve sık gebelikler; aile planlaması yöntemi kullandırmama, zorlanmış ya da zorla gebelik sonlandırılması, istismar yüzünden zorla kısırlaştırılma), engellilikler (yaşamsal aktivitesi içermektedir ancak bunlarla da sınırlı değildir; kendine bakım, görme, işitme, yeme, uyku, yürüme, konuşma, öğrenme, okuma, düşünme, iletişim ve çalışma), sağlık hizmetlerinden yararlanamama, depresyon, intihar, anksiyete, ilaç-alkol bağımlılığı, post

travmatik stres bozukluğu gelişmektedir (Center for Disease Control, 2015, s. 16-17). Kadına yönelik aile içi şiddetin tüm bu etkileri göz önünde bulundurulduğunda, tanınması ve girişimde bulunulması gereken bir sağlık sorunu olduğu ortaya çıkmakta ve girişimde bulunulmadığı takdirde bu durumun kadının hayatının son bulmasına yol açabileceği düşünülmektedir (Yaman-Efe, 2012, s. 49).

Dünya ve Türkiye'deki verilerden de anlaşıldığı üzere, şiddet günümüz toplumunun en önemli sorunlarından biridir. Sağlıklı toplumların oluşmasında şiddet önemli bir engeldir. Bu nedenle şiddetin erken dönemde tanınması ve uygun müdahalelerin yapılması gerekmektedir (Elmalı vd., 2011, s. 40). Sağlık personeli şiddete maruz kalanları belirlemek ve onlara yardım etmede önemli bir gruptur (Kıyak ve Akın, 2010, s. 7). Şiddete müdahalenin gerçekleşmesi için şiddeti uygulayan, şiddete uğrayan ve buna müdahale etmesi gereken sağlık personeli için çeşitli engeller vardır (Elmalı vd., 2011, s. 40). TC. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2010) Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık hizmetleri konulu proje çalışmasında kadına yönelik aile içi şiddetin ortaya çıkarılmasını engelleyen durumların tanımlanması gerektiği vurgulanmıştır. Bu engellerin toplumdan, kadından ve sağlık personelinin kaynaklandığı belirtilmiştir. Sağlık personelinin engelleyici tutumuna çoğunlukla sorunu yadsıma, gerekçeleştirme, küçümseme, özdeşleştirme ve akıl yürütme gibi davranışların neden olduğu bildirilmiştir (TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2010, s. 29).

Aile içi şiddete uğrayan kişilerin ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık merkezleridir. (Elmalı vd., 2011, s. 40). Fiziksel şiddete uğrayan kadınların yaklaşık %80'i en az bir kez yardım almak için sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşuna başvuran kadınların, kendilerini özellikle hemşirelere ve ebelerine daha iyi ifade edebilmektedirler (Kaplan, Akalın, Pınar ve Yılmaz, 2014, s. 27). Bu nedenle sağlık personeli şiddete maruz kalanları belirlemek ve onlara yardım etmede önemli bir gruptur (Kıyak ve Akın, 2010, s. 7). Şiddete uğrayan birey sağlık merkezine başvuracağı gibi sağlık personelinin de ev ziyareti yaparak şiddeti belirlemesi mümkündür. Sağlık merkezlerinde çalışan sağlık personeli özellikle çoğunluğu oluşturan hemşireler ve ebeler, şiddet mağdurlarının ilk iletişim kurduğu temel yardım kaynağıdır ve aile içi şiddeti tanılamada önemli bir rol üstlenmelidirler. Aile içi şiddet çoğunlukla gizli tutulduğu için hemşirenin ve ebe-

şiddetin farkına varması ve şiddet olasılığını değerlendirmesi şiddeti ortaya çıkarmada önemlidir (Elmalı vd., 2011, s. 40). Hemşirelerin şiddete uğramış kadına nasıl sorular soracağı, ne yapması ya da ne söylemesi gerektiğinin bilme konusunda zorlandığı bildirilmektedir (Kıyak ve Akın, 2010, s. 7). Hemşirelerin ve ebelerin şiddetle ilgili eğitim almaları, şiddetin tanınmasında önemli bir durumdur. Hemşireler ve ebeler ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönü ile değerlendirip, sorunların belirlenmesinde ve çözümünde destek olabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğumlar, genç anne baba, anne babanın ruh sağlığı ve ailede engellilik gibi şiddeti oluşturabilecek riskler belirlenebilir ve yüksek riskli ailelere destek ziyaretleri yapılabilir (Elmalı vd., 2011, s. 40). Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan girişimler, şiddet mağduru kadının yaşadığı şiddetin etkilerinin azaltılmasında oldukça önem taşımaktadır (Kaplan vd., 2014, s. 27).

Araştırmada Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi düzeyleri incelenmektedir. Araştırmanın şiddeti direk evde tanımada önemli rolleri olan hemşirelerin ve ebelerin farkındalığını arttırmada katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmada hemşirelerin ve ebelerin mezuniyet öncesi eğitimleri ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesi için elde edilen veriler sunulmaktadır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma Aralık 2012 –Ocak 2013 tarihleri arasında Kütahya Merkez Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan ebe ve hemşireler üzerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kütahya İli Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan toplam 62 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırmaya dâhil edilmiştir. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenirken 17 hemşire ve ebeye raporlu, yıllık/ücretsiz izinli olmaları, anket doldurmayı kabul etmemeleri ve ön uygulamada yer almaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Araştırmanın çalışma grubu 45 hemşire ve ebeden oluşmuştur. Verilerin toplanmasında hemşire ve ebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren bir anket formu, hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma (HEKYSBT) durumlarını değerlendirmek için "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek (HEKYSBTÖ)" kullanılmıştır. Hemşireleri/Ebeleri tanıtıcı anket formu; araştırmacılar tarafından literatüre



dayanarak (Kiyak, 2008, s.96-98; Orhan ve Gölbaşı, 2011, s. 25-27) oluşturulan ve Hemşirelerin/Ebelerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlayan 14 sorudan oluşmaktadır. HEKYSBTÖ, “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır. HEKYSBTÖ’deki maddelere vermiş oldukları yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 6, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29) “Doğru” seçeneğine “1” puan, “Yanlış” seçeneğine “0” puan, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31) Doğru” seçeneğine “0” puan, “Yanlış” seçeneğine “1” puan verilmektedir. Bu puanlar kullanılarak, toplam ve iki alt boyuta (fiziksel ve duygusal) göre puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Puanlama toplam ölçek puanı için (en düşük-en yüksek) 0–31, fiziksel alt ölçek puanı için 0–13, duygusal alt ölçek puanı için ise 0–18 olarak belirlenmektedir. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Baysan (2006) tarafından geliştirilen HEKYSBTÖ’nin geçerlilik ve güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.76, Kiyak ve Akın’ın (2010, s. 8) araştırmasında 0.82, bu çalışmada ise 0.85 olarak saptanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırma için Kütahya İl Halk Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce hemşire ve ebelerle araştırmanın amacı açıklanarak, sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Packet for Social Sciences) 15.0 programından yararlanılmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenleri hemşirelerin ve ebelerin sosyo-demografik özellikleri, bağımlı değişkenleri ise HEKYSBTÖ puanları oluşturmaktadır. Kolmogrov-Smirnov testi (örneklem 30’dan büyük) ile dağılımın normal olup olmadığı değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Lojistik regresyon testleri (Spearman Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır. İstatistiksel testlerde  $p < 0.05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %64.4’ünü (n=29) ebeler, % 35.6’sını (n=16) hemşireler oluşturmaktadır. Ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun (%64.4) 31-40 yaş grubunda olduğu, %35.6’nın (n=16) önlisans mezunu olduğu, %71.1’inin mesleğinde 10 yıldan fazla süredir çalıştığı ve %40.0’nin 10 yıldan fazla süredir ASM de çalıştığı, %84.4’nün (n=38) orta gelirli olduğu, %86.7’nin en uzun süre ikamet ettiği yerin il olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin annelerinin %57.8’inin ilkököl, %26.7’sinin ortaokul mezunu, babalarının ise %44.4’ünün ilkököl, %15.6’sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %71.1’i öğrenimi sırasında, %80’i çalışırken (hizmetiçi eğitim) kadına yönelik şiddet

Özellikler (N=45)		
YAŞ	n	%
20-30 yaş	11	24,4
31-40 yaş	29	64,4
41-50 yaş	4	8,9
51-60 yaş	1	2,2
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>		
Lise	14	31,1
Önlisans mezunu	16	35,6
Üniversite mezunu	15	33,3
<b>MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ</b>		
1-5 yıl	11	24,4
6-10 yıl	2	4,4
10 yıl üzeri	32	71,1
<b>BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞMA SÜRESİ</b>		
1-5 yıl	18	40,0
6-10 yıl	9	20,0
10 yıl üzeri	18	40,0
<b>EN UZUN SÜRE YAŞADIĞI YER</b>		
İl	39	86,7
İlçe	4	8,9
Köy	2	4,4
<b>ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU</b>		
okur-yazar değil	4	8,9
İlkököl mezunu	26	57,8
Ortaokul mezunu	12	26,7
Lise mezunu	3	6,7
<b>BABANIN ÖĞRENİM DURUMU</b>		
İlkököl mezunu	20	44,4
Ortaokul mezunu	5	11,1
Lise mezunu	13	28,9
Üniversite mezunu	7	15,6

Tablo 1. Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

konusunda bilgi aldıklarını, %44.4'ü ise kadına yönelik şiddetle ele almada yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin %84.4'ü çalışma hayatında şiddete uğramış kadınla karşılaştıklarını belirtirken, %2.2'si şiddete uğramış kadınla karşılaştığında ne yapacağını bilmediğini, %62.2'si yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi verebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca %80.0'i kadına yönelik şiddete ilişkin girişimlerin mesleki uygulamalarda yer alması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. . Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımları ile İlişkili Bulgular**

Özellikler	(N=45)	
	n	%
<b>Öğreniminiz sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu</b>		
Bilgi aldım	32	71,1
Bilgi almadım	13	28,9
<b>Kadına yönelik şiddet konusunda hizmetiçi eğitim alma durumu</b>		
Eğitim aldım	36	80
Eğitim almadım	9	20
<b>Kadına yönelik şiddetle ele almada yeterli bilgiye sahip olma durumu</b>		
Yeterli düzeyde bilgisi olduğunu düşünüyor	25	55,6
Yeterli düzeyde bilgisi olduğunu düşünmüyor	20	44,4
<b>Çalışırken şiddet uğramış kadınlarla karşılaşma durumu</b>		
Karşılaştım	38	84,4
Karşılaşmadım	7	15,6
<b>Şiddete uğramış kadınla karşılaştığında yapılan girişim</b>		
Ne yapacağımı bilemeyebilirim	1	2,2
Anamnez alırım ve hekime bildiririm	16	35,6
Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm	28	62,2
<b>Kadına yönelik şiddetin mesleki uygulamalarda ele alınma durumu</b>		
Mesleki uygulamada yer verilmeli	38	80
Mesleki uygulamada yer verilmemeli	7	20

Tablo 3'de ebe ve hemşirelerin HEKYSBTÖ'nin toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Ölçeğin "fiziksel belirtiler" alt boyutundan alınan ortalama puanı  $9.04 \pm 1.55$ , "duygusal belirtiler" alt boyutundan alt boyutundan alınan ortalama puanı  $13.04 \pm 2.91$  ve toplam ölçek puan ortalaması  $20.73 \pm 3.71$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin ve Ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımları ile fiziksel ( $r=0,60$  orta düzeyde;  $p=0,00$ ) ve duygusal ( $r=0,92$  çok yüksek düzeyde;  $p=0,00$ ) belirtileri tanımları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3. . Ebe ve Hemşirelerin HEKYSBTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt boyutlar ve Toplam	Min.	Max.	Ort±SD
Fiziksel belirtiler	6	12	$9.04 \pm 1.55$
Duygusal belirtiler	8	18	$13.04 \pm 2.91$
<b>Toplam</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b><math>20.73 \pm 3.71</math></b>
Toplam puan dağılımı			
Alt boyutlar	R		p
Fiziksel belirtiler	0,60		0,00
Duygusal belirtiler	0,92		0,00
<b>Toplam</b>	<b>1</b>		<b>-</b>

Tablo 4'de bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelerin ( $21.63 \pm 4.14$ ) ebelere ( $20.24 \pm 3.42$ ) göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.005$ ).

Gelir düzeyi ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Orta gelirli olanların ( $21.42 \pm 3.45$ ) yüksek gelirlilere ( $17.00 \pm 2.89$ ) göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.005$ ).

Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasa da ( $p=0.050$ ), meslekte çalışma süresi 1-5 yıl ( $22.82 \pm 2.79$ ) olanların, 6-10 yıl ( $16.50 \pm 4.95$ ) olanlara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.005$ ).

**Tablo 4. . Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HEKYSBTÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

ÖZELLİKLER	N=45					İstatistiksel Anlamlılık
	n	Min.	Max.	Ort±SD		
<b>Meslek</b>						
Ebe	29	13	26	20.24±3.42	Z=-2.78	p=0.005
Hemşire	16	14	27	21.63±4.14		
<b>Aylık geliri</b>						
Orta gelirli	38	14	27	21.42±3.45	Z=-2.78	p=0.005
Yüksek gelirli	7	13	21	17.00±2.89		
<b>Meslekte çalışma süresi</b>						
1-5 yıl	11	19	27	22.82±2.79	KW=5.849	p=0.050
6-10	2	13	20	16.50±4.95		
10 yıl ve üzeri	32	14	26	20.28±3.65		
<b>Birinci basamakta çalışma süresi</b>						
1-5 yıl	18	17	27	22.67±2.81	KW=9.091	p=0.011
6-10	9	13	23	18.44±2.83		
10 yıl ve üzeri	18	14	26	19.94±4.07		
<b>Öğreniminiz sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu</b>						
Bilgi aldım	32	13	27	21.03±3.60	Z=-0.868	p=0.385
Bilgi almadım	13	14	26	20.00±4.02		
<b>Kadına yönelik şiddetti ele almada yeterli bilgiye sahip olma durumu</b>						
Yeterli düzeyde bilgisi olduğunu düşünüyor	25	13	26	20.80±4.00	Z=-0.356	p=0.722
Yeterli düzeyde bilgisi olduğunu düşünmüyor	20	15	27	20.65±3.41		

Z=Mann Whitney U Testi, KW=Kruskal Wallis Testi

Ebe ve hemşirelerin birinci basamakta çalışma süresi ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, 1-5 yıl ( $22.67 \pm 2.81$ ) olanların 6-10 yıl ( $18.44 \pm 2.83$ ) olanlara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.011$ ).

Öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmasa da ( $p=0.385$ ), öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alanların ( $21.03 \pm 3.60$ ) almayanlara ( $20.00 \pm 4.02$ ) göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğunu düşünme ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.538$ ). Kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli düzeyde bilgisi olduğu düşünenlerin HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları ( $20.80 \pm 4.00$ ), düşünmeyenlerin ( $20.65 \pm 3.41$ ) bulunmuştur. (Tablo 4).

**Tablo 4. . Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HEKYSBTÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Özellikler	(N=45)	
	R	p
Aylık geliri	0.420	0.004
Meslekte çalışma süresi	-0.246	0.103
Birinci basamakta çalışma süresi	-0.332	0.026

**R=Spearman Korelasyon Katsayısı**

Çalışmada ebe ve hemşirelerin gelir düzeyi ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ( $R=0.420$ ;  $p=0.004$ ). Gelir düzeyi azaldıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır.

Meslekte çalışma süresi ile HEKYSBTÖ toplam puanları arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamsız ilişki bulunmakla birlikte çalışma süresi azaldıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır. ( $R=-0.246$ ;  $p=0.103$ ).

ASM de çalışma süresi ile HEKYSBTÖ toplam puan ortalamaları arasında ise negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ( $R=-0.332$ ;  $p=0.026$ ). ASM de çalışma süresi kıaldıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır. (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet yaygın bir toplumsal sorundur (Yazıcı ve Mamuk, 2010, s. 73). Toplumların cinsiyet ayrımcılığına dayalı değerleri kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve bu tür şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır (Salaçin, 2004, s. 1). Cinsiyet ayrımcılığı sağlık hizmetlerinden yararlanmayı da etkilediğinden sağlık kavramı içinde incelenmesi gereken bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de şiddeti “kadın sağlığı sorunları” arasında saymaktadır. Şiddete maruz kalan kadınların en kolay ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, dertlerini en iyi anlatacakları kişiler sağlık çalışanlarıdır (Dişsiz, ve Şahin, 2008, s. 51). Şiddetin tanımlanması ve önlenmesinde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (Yazıcı ve Mamuk, 2010, s. 73).

Şiddetle mücadelede etkili role sahip olan ve “Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele programının” yürütüleceği aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarını incelendi ve HEKYSBTÖ toplam puanına göre (ort:20.73 $\square$ 3.71) ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu bulunmuştur. Ölçeğin “fiziksel belirtiler” alt boyutundan alınan ortalama puanın 9.04 $\square$ 1.55, “duygusal belirtiler” alt boyutundan 13.04 $\square$ 2.91 olduğu belirlenmiştir. Belirlenen puanlara göre; fiziksel ve duygusal belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu görülmüştür. Hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarını ile fiziksel ( $r=0,60$  orta düzeyde;  $p=0,00$ ) ve duygusal ( $r=0,92$  çok yüksek düzeyde;  $p=0,00$ ) belirtilerini tanımlarını arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel ve duygusal belirtilerini tanımlama düzeyi arttıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 3). Genel olarak bakıldığında şiddetle mücadelede bu sonucun önemli olduğu kanısındayız. Kıyak ve Akın (2010, s. 10) çalışmasında hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımda genel olarak bilgilerinin “kısmen yeterli” olduğunu, şiddetin fiziksel belirtilerini ve duygusal belirtilerini tanımda da kısmen yeterli olduğunu bildirmiştir. Sarıbyık ve Güneş’in (2012) çalışmasında da sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puanı ortalamasının  $18,6 \pm 3,7$  olarak bulunmuştur. Tambağ ve Turan (2014) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek toplam puan ortalaması  $17.79 \pm 3.54$  olarak belirlemiştir. Bu sonuçlar çalışma



sonuçlarımızla benzerdir. Ayrıca hemşirelerin ve ebelerin şiddet belirtilerini tanımlarına rağmen şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarında yapılacak girişimler konusunda bilgi ve donanımlarının da eksik olduğundan şiddetle mücadelede yeterli olmadıklarını düşündürmüştür. Salaçin, Ergöner ve Uyaniker (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının aile içinde şiddete uğrayan kadın hastalarının tanısını koymakta zorlandığı ve bu olguların değerlendirilmesinde sorunlar yaşandığını bildirmiştir.

Çalışmada hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeylerinin ebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kıyak ve Akın (2010, s. 11) yaptığı çalışmada HEKYSBT ölçeği toplam puan ortalamalarının mesleğinin hemşire ya da ebe olma durumuna göre farklılık göstermediğini bildirmiştir. Sarıbiyık ve Güneş'in (2012) çalışmasında ise çalışmamızın aksine hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeylerinin hekim ve ebelere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmaların farklı illerde ve bölgelerde yapılması bu farklılığın nedeni olarak düşünülmüştür (Tablo 4).

Çalışmada hemşirelerin ve ebelerin gelir düzeyi azaldıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyleri artmaktadır ( $p=0.005$ , Tablo 4,  $R=0.420$ ;  $p=0.004$ , Tablo 5). Sarıbiyık ve Güneş'in (2012) çalışmasında ise çalışmamızın aksine gelir düzeyi daha iyi olan personelin daha yüksek ölçek puan ortalaması olduğu gözlenmiştir. Kıyak ve Akın (2010, s. 14) çalışmasında hemşirelerden ve ebelerden sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanların şiddeti daha kabul edilebilir bulduğunu belirtmiştir. Page ve İnce (2008, s. 85) çalışmasında orta gelirli çiftlerde ve eşi işsiz olan kadınlarda şiddetin daha fazla yaşandığını bildirmektedirler. Elmalı vd. (2011) çalışmasında Ebe ve hemşirelerin %53.3'ü gelir düzeylerinin yeterli olduğunu, %91.3'ü kendini orta düzey sosyal tabakada olduğunu belirlemiştir. Ayrıca Ebe ve hemşirelerin %27.7'si hayatları boyunca en az bir kez aile ortamında şiddete uğramışlar, bunların tamamına yakını da sözel şiddete uğradıklarını bildirmişlerdir. Araştırmada % 27.8'i şiddet karşısında sustukları, %45.6'sının özür dilendiğinde barıştıkları belirlenmiştir. Çalışmalar incelendiğinde ekonomik düzeyi daha iyi olanların şiddeti kabullendiği gözlenmiştir. Yüksek gelirli hemşirelerin ve ebelerin şiddeti kabullenmelerine bağlı şiddetin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeylerinin de daha düşük olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada meslekte çalışma süresi ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan fark bulunmasa da, çalışma süresi azaldıkça bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.05$  Tablo 4,  $R=-0.246$ ;  $p=0.103$ , Tablo

5). Baysan (2006) ve Kıyak ve Akın (2010, s. 11) çalışmalarında benzer şekilde çalışma süresi ile bilgi durumu arasında ilişki bulamadıklarını bildirmektedirler. Meslekte çalışma süresinin şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi ve beceriyi artırması beklenirdi. Fakat bu sonuç meslekte yeni olan hemşirelerin ve ebelerin daha dikkatli ve hevesli olmalarına bağlı olabileceği gibi şiddet konusunu ele alan güncel eğitim müfredatının etkisi de olabilir. Ayrıca Akbolat ve Işık (2008, s. 237-239) sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi arttıkça fizyolojik, zihinsel ve duygusal tükenmişlik belirtilerinin arttığını belirtmektedir. Tükenmişlik sendromunun duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı duygusunda azalma olmak üzere üç boyutu vardır. Bu durum göz önüne alındığında daha uzun süre çalışan hemşirelerin ve ebelerin şiddet belirtilerini tanımada zorlanabileceklerini düşündürmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktasında verilen hizmetlerdir. Özellikle kadınların sağlık sistemine giriş noktalarını oluşturmaları, yaygın ve ulaşılabilir olmaları nedeniyle çok önemlidir. Ayrıca hizmet sunan sağlık personelinin ev ziyaretleri yoluyla hizmet sunması, sağlık hizmetlerine ulaşamayan şiddet mağduru kadınlara ulaşılabilirliği sağlaması nedeni ile önemlidir (TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2010). Bu doğrultuda birinci basamakta çalışma süresi arttıkça şiddetle karşılaşma deneyiminin ve şiddeti tanılamada bilgi düzeyinin artması beklenir. Çalışmada birinci basamakta çalışma süresi arttıkça bilgi düzeylerinin azaldığı görülmektedir ( $p=0.011$ , Tablo 4,  $R=-0.332$ ;  $p=0.026$ , Tablo 5). Bu konuda geniş örnekli çalışmalara ve niteliksel çalışmalara ihtiyaç olduğu kanısındayız.

Öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumları ile kadına yönelik şiddeti tanıma puanları incelendiğinde ilişki saptanmadı ( $p=0.385$ ). Benzer şekilde Kıyak ve Akın (2010) çalışmasında kadına yönelik şiddeti tanıma puanları ile öğrenimi sırasında eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı fark bulunmadığını bildirmektedir. Baysan (2006) ise çalışmasında hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda öğrenimleri sırasında eğitim alma durumları ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek puanları ile ilişkili bulunduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda mezuniyet öncesi eğitim almanın istatistiksel olarak önemsiz bulunması mezuniyet öncesi şiddet konusundaki eğitimin süresi ve niteliği ile ilgili olabilir. Çalışmamızda bu ayrıntılar incelenmemiştir.

Çalışmada HEKYSBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan



ortalamlarının şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma algısına göre farklılık göstermemektedir ( $p=0.538$ , Tablo 4). Kıyak ve Akın (2010) çalışmasında HEKYSBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma algısına göre farklılık göstermediğini vurgulamaktadır. Baysan (2006)' in çalışmasında ise hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda kendi yeterlilik algılarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma yeterlilikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hemşire ve ebe sayısının az olması (%12.8) istatistiksel farklılık bulunamamasının bir nedeni olarak düşünülebilir. Bunun yanında hemşirelerin ve ebelerin şiddeti ele almada ne tür ve ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği konusundaki farkındalık düzeyi de yeterlilik algısı üzerinde etkili önemli bir faktör olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

## Sonuç

Çalışmada hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin, ölçek alt boyutları olan fiziksel ve duygusal belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Hemşire ve Ebelerin gelir düzeyinin yüksek olması ve birinci basamakta kısa süre çalışması şiddet belirtilerini tanıma düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Genel olarak bakıldığında şiddetle mücadelede bu sonucun önemli olduğu kanısındayız. Ancak Hemşirelerin ve ebelerin şiddet belirtilerini tanımalarına rağmen şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarında yapılacak girişimler konusunda bilgi ve donanımlarında eksiklik olduğundan şiddetle mücadelede yeterli olmadıklarını düşündürmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin ve ebelerin mesleki öğrenim müfredatında kadına yönelik şiddet konusuna mutlaka yer verilmesi ve hizmet içi eğitim programlarında bu konunun işlenmesi önerilir. Ayrıca eğitimler sırasında şiddet ile ilişkili kendi tutumlarını ve farkındalıklarını tanımlamaları ve ön yargılarını sorgulamaları için duyarlılık geliştirilmeli ve bilgilendirme yapılmalıdır. Kadına yönelik şiddetle ilgili sivil toplum kuruluşlarını, medyayı ve polis teşkilatını da kapsayan daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Kadına yönelik şiddetle baş etmede hemşirelere ve ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Özellikle şiddete maruz kalmış ve çeşitli nedenlerle kendini savunamayan kadınlara yaklaşırken hasta savunuculuğu rolünü yerine getirmelidir. Birinci basamakta çalışan hemşireler ve ebeler ev ziyaretleri yaparken ve muayene için aile sağlığı merkezine gelen kadınları şiddet yönünden de değerlendirmeleri önemlidir.

## Kaynakça

- Akbolat, M., ve Işık, O. (2008). "Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği." Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), s. 229-254.
- Baysan, L. (2006). "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme." Sağlık ve Toplum Dergisi, 16(2), s.101-112.
- Center for Disease Control. (2015). "Intimate Partner Violence Surveillanceuniform Definitions Andrecommended Data Elements". Center for Disease Control. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>, Erişim Tarihi: 02. 11. 2015, s. 16-17.
- Dişsiz, M., ve Şahin, N. H. (2008). "Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet." Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1), 50-58.
- Elmalı, F., Erten, Z. K., Zincir, H., Özen, B., ve Balcı, E. (2011). "Hemşire ve Ebelerin Aile İçi Fiziksel Şiddete Bakış Açıları Maruziyetleri." Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1), 39-47.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, p., Kilonzo, N., ve Watts, C. (2015). "Addressing Violence Against Women: A Call To Action." The Lancet, 385(9978), s. 1685-1695.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2015). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Elma Teknik Basım Matbaacılık, Maltepe, Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>, Erişim Tarihi: 27. 10. 2015, s. 85,328.
- Kaplan, S., Akalın, A., Pınar, G., ve Yılmaz, T. (2014). "Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Aile İçi Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları." Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 1(2), s. 26-35.
- Kıyak, S., ve Akın, B. (2010). "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları." Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 12(2), s. 5-16.
- Page, A. Z., ve İnce, M. (2008). "Aile içi şiddet konusunda bir derleme." Türk Psikoloji Yazıları, 11(22), 81-94.
- Salaçin S., Ergöner A.T. ve Uyaniker Z.D. (2009). "Kadına Yönelik Şiddet". Klinik Gelişim, Adli tıp özel sayısı, 22, s. 95-100.

Salaçin, S. (2004). "Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenebilecekleri Roller." [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/saglik\\_calisanlarinin\\_kadina\\_yonelik.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/saglik_calisanlarinin_kadina_yonelik.pdf), Erişim tarihi: 28.12.2014, s. 1-7.

Sarıbıyık M., ve Güneş, G. (2012). Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri.

15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, <http://uhsk.org/uhsk15/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/380>, Erişim Tarihi: 28.03.2015.

Tambağ, H. ve Turan, Z. (2014). "Ability of Nursing Students to Recognize Signs of Violence Against Women". *International journal of nursing knowledge*, 26(3), s. 1-6.

TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2010). "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri." TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e0b369dc31550b3ac30/02%20kyais%20mucadelede%20saglik%20hizmetleri.pdf>, Erişim Tarihi: 23.05.2015, s. 1-166.

Thureau, S., Le Blanc-Louvry, I., Gricourt, C., ve Proust, B. (2015). "Conjugal Violence: A Comparison of Violence Against Men By Women and Women By Men." *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 31, s. 42-46.

United Nations. (1993). "Declaration on the Elimination of Violence against Women". The General Assembly. United Nations. <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>, Erişim Tarihi: 31. 10. 2015, Article 1.

Violence Policy Center. (2014). "When Men Murder Women: An Analysis of 2012 Homicide Data." <http://www.vpc.org/studies/wmmw2014.pdf>, Erişim Tarihi:05.05.2015, s. 1-26.

World Health Organization. (2013). "Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence." World Health Organization, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf), Erişim Tarihi: 10. 04. 2015, s. 1-57.

World Health Organization. (2005). "WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Summary Report of Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses." World Health Organization, [http://www.who.int/gender/violence/who\\_](http://www.who.int/gender/violence/who_)

[multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf), Erişim Tarihi: 10. 04. 2015, s. 1-19.

Yaman-Efe, Ş. (2012). "Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol ve Sorumlulukları." *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(1), s. 49-54.

Yazıcı, S. ve Mamuk, R. (2010). "Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımları." *Bakırköy Tıp Dergisi*, 6(2), s. 73-77.