

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE İÇİ ŞİDDET DENEYİMLERİ VE BU KONUDAKİ YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİ*

** Nevin HOTUN ŞAHİN

*** Melike DİŞSİZ

**** Arzu SÖMEK

***** Hüsnüye DİNÇ

**Yard Doç Dr., Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Y.O., Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği A.D. E-posta: nevinsahin34@yahoo.com

***Hemşire, Bil. Uzm. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**** Hemşire, Bil. Uzm. Özel Bahçelievler Medical Park Hastanesi

***** Araştırma Gör. İstanbul Üniversitesi, Bakırköy Sağlık Yüksekokulu.

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada sağlık çalışanlarının aile içi şiddet yaşama durumları ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. **ARAŞTIRMANIN TÜRÜ:** Tanımlayıcı. **GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışmanın evreni İstanbul'daki devlet, özel ve özel dal olmak üzere toplam üç hastanede çalışan tüm ebe, hemşire ve sağlık memurları (N=910), örnekleme ise amaçlı örnekleme yöntemiyle çalışmaya katılmaya kabul eden 400 sağlık personeli oluşturmuştur. Çalışma için seçilen kurumlar İstanbul il sınırları içinde bulunması ve dalında ilin en büyük hastaneleri arasında olması nedeniyle tercih edilmiştir. Katılım oranı %44.0'dır. Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından geliştirilen aile içi şiddete yönelik yaygın yaklaşımları içeren 20 ifadeden oluşan beşli Likert tipi "Aile içi Şiddete Yaklaşım Formu" ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 21 sorulu "Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanılmıştır. **BULGULAR:** Çalışmaya katılanların %77'sini hemşire, %14.8'ini sağlık memuru, %8.3'ünü ebeler oluşturmuştur. Katılımcıların %95.8'inin kadına karşı şiddetin asla kabul edilemez olduğunu bildirmesine karşın % 28.8'inin şiddet gördüğü ve %73'ünün şiddet karşısında hiç bir şey yapmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %39.5'inin "Şiddeti ortaya çıkaran tahrik edici sözler veya davranışlardır" ve %28.3'ünün "Aile içi şiddete dışarıdan müdahil olmak uygun değildir" görüşlerine katıldıkları saptanmıştır.

Aile içi şiddet öyküsü açısından değerlendirildiğinde "Şiddetten sonra özür dilenirse her şey unutulur", "Erkekler doğası gereği saldırgandır", "Evde, okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir" ifadelerine katılım oranları aile içi şiddet öyküsü olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. **SONUÇ:** Sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin yaklaşımlarının kültürel olarak benimsenen, kadına yönelik şiddeti destekleyen/engellemeyen

*Çalışma, "I. Kadın Sağlığı. Kadına Yönelik Şiddet" Kongresi'nde (20-22 Mart 2008, Ankara) "seçilmiş sözlü bildiri" olarak sunulmuştur.

cinsiyetçi rol beklentilerine ilişkin geleneksel görüş ve tutumlarla benzeştiği söylenebilir. Oysa aile içi şiddet olgularının tanımlanmasında, tedavi, destek ve rehabilitasyonunda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, sağlık personelinin tutumu

DETERMINING THE HEALTHCARE WORKERS' EXPERIENCES AND ATTITUDES TOWARDS DOMESTIC VIOLENCE

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study is to determine experiences and attitudes the healthcare workers towards domestic violence. **RESEARCH TYPE:** Descriptive study **METHODS:** In this research, 400 healthcare workers in three different types of hospital (one public, one private and one special branch) in Istanbul have been contacted. Participation rate is 44.0%. Data has been collected with "Participant Information Form" and "Attitude Towards Domestic Violence Questionnaire" in between 1st and 30th December 2007. **RESULTS:** Even 95.8% of the participants has indicated that the violence against women is not acceptable, it is determined that 28.8% of them faced violence and 73% of them did against violence. It is determined that 39.5% of the healthcare worker agree with the view that "what creates violence is provocative words or behaviors" and 28.3% agree with the view "it is not appropriate interfere to domestic violence". When evaluated from the domestic violence history agreement rate with the declarations like "if you apologize after violence anything will be forgotten", "men are violent by nature", "at home or at school violence could be used to provide discipline" are significantly found higher in people with domestic violence history. **CONCLUSION:** It is determined that in male dominant societies healthcare workers are familiar with this point of view which legitimates the violence against women. It can be said that the approach of the healthcare worker is similar with the view and attitude related to women's sexual role expectancy which is internalized by traditional cultures of Turkish.

Keywords: Domestic violence, violence against women, attitude of healthcare worker.

GİRİŞ

Dünyada giderek artan şiddet, insan yaşamının her alanında karşılaşılabilen, önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Arın 1996). Aile içi şiddet, bir kişinin eşine, çocuklarına, anne-babasına, kardeşlerine ve/veya akrabalarına yönelik uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır (ICN 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2002 yılında yayınladığı raporunda (WHO 2002), şiddetin en fazla aile ortamında gerçekleştiği ve erkek tarafından kadına ve çocuğa yönelik olduğu bildirilmektedir. Birleşmiş Milletler kadına yönelik şiddeti; cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran özel veya toplum yaşamında gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (UN Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993)

Dünya üzerinde ırk ve ülke farkı gözetmeksizin dört aileden birinde aile içi şiddet görüldüğü saptanmıştır. Nüfus ve sağlık araştırmalarının 9 ülkeden elde ettiği verilere göre; 15–49 yaş arası kadınlara yönelik eş şiddeti %18–48 arasında değişmektedir (WHO 2002). Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 48 ülkede yapılan başka bir araştırmanın sonuçlarına göre ise kadına eşi tarafından uygulanan fiziksel şiddet %10–69 arasında değişmektedir (Kishor and Johnson 2004). DSÖ Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet çalışmasına göre; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %13–61 arasında değişmektedir. (WHO 2005). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde kadına yönelik şiddet ulusal araştırması sonuçlarına göre; kadınların, eşleri tarafından yaşamları boyunca tecavüze uğrama sıklığı %7, fiziksel şiddete uğrama sıklığı %22.1 olarak bulunmuştur (Tjaden ve Thoennes 2000). Türkiye'deki sınırlı çalışmalarda aile içi şiddet sıklığı %34–97 arasında bildirilmektedir (Alper 2005, Güler 2005, Hıdıroğlu ve diğ. 2006, Mayda ve Akkuş 2004). Aile içi şiddet, bireyde fiziksel ve ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, tedavi harcamalarının artmasına ve aile ve toplum sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (ICN 2001, Shea ve diğ.1997). Kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddet; yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratmakta, güvenli annelik, aile planlaması, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda birçok önemli üreme sağlığı sorununa doğrudan olumsuz etkisi olmaktadır. Sağlık çalışanlarının, bu sorunları yaşayan şiddete uğramış kadınlarla sıkça karşılaşmaları nedenleriyle şiddete yaklaşımları önem taşımaktadır (Davas ve Aksu 2007, Kılıç 1999, Taşçı 2003). Aile içi ve özellikle kadına yönelik şiddet Türkiye'de öncelikli bir sorun olmasına rağmen bu konuda çalışmalar sınırlıdır.

Çalışmalarda şiddetin aile içi özel bir sorun olduğu ve varlığını ortaya çıkarmanın aile içi şiddet mağdurunun sağlığına bir etkisinin olmayacağı, sağlık personelinin bu konuya karışmasının uygun bir yaklaşım olmadığı, hemşirelerin aile içi şiddeti önleme ve yardım etmede kendilerini sorumlu görmedikleri saptanmıştır (Davas ve Aksu 2007, Gömbül ve Buldukoğlu 1997, Tunçel ve diğ. 2007). Sağlık çalışanlarının şiddete uğrayan kişilere yardım sunmayı mesleki işlevleri arasında görmeme yaklaşımı özellikle üzerinde durulması gereken noktalardan biridir (Davas ve Aksu 2007, Gömbül 1998, Kılıç 1999, Taşçı 2003). DSÖ'ye göre bunun bir nedeni de, sağlık çalışanlarının çoğunun, aile içi şiddete uğramış kişilerin tanınması, gereksinimlerinin belirlenmesi ve görüşmenin sorumluluğunun üstlenilmesinde yeterli eğitime sahip olmamasıdır (WHO 1997). Oysa aile içi şiddet mağdurlarına tıbbi bakım, destek ve danışmanlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarının anahtar konumda olmaları beklenmektedir (ICN 2001). Çünkü sağlık hizmeti sunan, özellikle hemşire, ebe ve sağlık memurları aile içi şiddet mağduru ile ilk karşılaşan profesyonellerdir (WHO 1997).

Tüm toplumlarda yaygın olarak rastlanan aile içi şiddet olgusunun, sağlık çalışanları içindeki sıklığını saptamak, çoğunluğu kadın olan bu grubun aile içi şiddete yaklaşımlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek önemlidir (Gömbül 1998, Kılıç 1999, Taşçı 2003). Çünkü yaşadığı toplumun değerlerinden etkilenmesi doğal olan sağlık çalışanlarının, aile içi şiddete yönelik yaklaşımlarının

farkında olmak, aile içi şiddet mağdurlarına sunulan hizmeti de etkileyebilecektir (Gadomski ve diğ. 2001, Moore, ve diğ. 1998, Sugg ve diğ. 1999).

Araştırma soruları:

1. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarında aile içi şiddet öyküsü var mıdır?
2. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aile içi şiddete ilişkin yaklaşımları nelerdir?
3. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aile içi şiddete ilişkin yaklaşımlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Bu tanımlayıcı çalışmada, İstanbul ilindeki 3 farklı nitelikteki (devlet, dal ve özel) hastanede çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aile içi şiddet öykülerinin, bu konudaki yaklaşımlarının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesi (n=321), bir özel hastane (n=176) ve bir özel dal hastanesi (n=413) olmak üzere toplam üç hastanede çalışan tüm hemşire, ebe ve sağlık memurları (sağlık çalışanları) oluşturmuştur (n=910). Çalışma için seçilen kurumlar, İstanbul il sınırları içinde olması, dalının en büyük hastaneleri arasında olmaları nedeniyle tercih edilmiştir. Çalışmanın örneklemini ise; amaçlı örnekleme yöntemiyle (Karataş 2002) seçilen ve 1–30 Aralık 2007 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları oluşturmuştur. Devlet hastanesinden 60 kişi soru formlarını eksik doldurduğundan, 20 kişi çalışma esnasında izinli olduğundan, 161 kişi ise çalışmaya katılmayı reddettiğinden çalışma dışında kalmıştır. Özel hastaneden 43 kişi soru formlarını eksik doldurduğundan, 52 kişi çalışmaya katılmayı reddettiğinden örnekleme alınamamıştır. Özel dal hastanesinden 53 kişi soru formlarını yanlış doldurduğundan, 92 kişi çalışmaya katılmayı reddettiğinden ve 29 kişi çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli olduğundan çalışmaya alınmamışlardır. Toplam üç hastaneden 400 kişiye (%44) ulaşılabilmiş ve hastanelerin etik kurullarından çalışma için gerekli onay ve izinler alınmıştır. Çalışmaya katılanların %77'sini hemşire, %14,8'ini sağlık memuru, %8,3'ünü ebeler oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler tanıtıcı bilgi formu ve Aile İçi Şiddete Yaklaşım Formu (AİŞYF) ile toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini (14 madde) ve şiddet öyküsü ile ilgili özelliklerini (7 madde) içeren toplam 21 soruluk bir formdur. “Aile İçi Şiddete Yaklaşım Formu (AİŞYF)” ise aile içi şiddete yönelik yaklaşımları değerlendirmeyi sağlayan beşli likert tipinde 20 soruluk bir formdur. AİŞYF, Şahin ve Dişsiz tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir (Şahin ve Dişsiz 2008). AİŞYF'nun güvenilirliği; Cronbach Alfa iç tutarlılık hesaplamasında 0,64 ve 0,75 olarak bulunmuştur ve test yeniden-test güvenilirliği 0,87 olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada AİŞYF'nun iç

tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Bu değer soru formunun çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Uygulama ve istatistiksel analiz

Araştırmada veriler öz bildirim yöntemi ile bir defada doldurulan iki soru formu aracılığı ile araştırmacılar tarafından yüz-yüze görüşülerek toplanmıştır. Soru formları katılımcılardan isim belirtilmeksizin kapalı zarflar içinde geri alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında hem sözlü hem yazılı bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Version 13.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama, Ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastanelerden çalışmaya katılmayı kabul eden ve formları eksiksiz dolduran toplam 400 sağlık çalışanının; %60'ı özel dal hastanesinden (n=239), %20'si özel hastaneden (n=81), %20'si devlet hastanesindedir (n=80). Sağlık çalışanlarının ortalama yaşlarının 32.3 ± 8.8 yıl olduğu, %41.1'inin 1-5 yıl, %18.7'sinin 6-10 yıl, %15'inin 11-15 yıl, %25.2'sinin 16 yıl ve daha fazla süredir evli, ortalama çalışma sürelerinin 11.45 ± 9.01 yıl olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşları, eğitim durumları, cinsiyetleri, ekonomik durumları, aile tipleri, medeni durumları Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri (n=400)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
30 yaş ve Altı	220	55.0
30 yaş üstü	180	45.0
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	142	35.5
Önlisans	136	34.0
Lisans	122	30.5
Cinsiyet		
Kadın	341	85.3
Erkek	59	14.8
Ekonomik Durum		
Ancak geçinebiliyorum	125	31.3
Orta	168	42.0
İyi	107	26.8
Aile Biçimi		
Çekirdek Aile	312	80.8
Parçalanmış Aile	14	3.5
Yalnız Yaşıyorum	65	16.3
Medeni Durum		
Evli	214	53.5
Bekâr	183	46.5

Çalışmada sağlık çalışanlarının aile içi şiddete ilişkin öyküleri Tablo 2’de incelenmiştir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddete İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=400)

Aile İçi Şiddete İlişkin Özellikler	n	%
Şiddet Öyküsü		
Var	115	28.8
Yok	285	71.3
Maruz Kalınan Şiddet Türü n=115		
Sözel Şiddet	34	29.6
Fiziksel Şiddet	81	70.4
Şiddeti Uygulayan Kimdi?		
Eş	33	28.7
Anne	37	32.2
Baba	35	30.4
Diğer(Abi,/Kayınpeder)	10	8.7
Şiddet Karşısında Ne Yaptınız?		
Hiçbir şey	84	73.0
Karşılık verdim (sözel fiziksel karşılık)	24	20.9
Evden ayrıldım	7	6.1
Kadına yönelik şiddet konusunda görüşünüz		
Asla düşünülemez	383	95.8
Bazı durumlarda hak edebilir	17	4.3

Katılanların %95.8’i “kadına karşı şiddetin asla kabul edilemez” olduğunu bildirmesine karşın, %4.2’si kadının bazı durumlarda (kadının kocasını aldatması, kocanın isteklerini yerine getirmemesi v.b) “şiddeti hak edebileceğini” belirtmiştir (Tablo-2). Çocuğu olanların (n= 210) % 11.4’ü çocuğuna şiddet uyguladığını bildirmiştir.

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının aile içi şiddete ilişkin yaklaşımları Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddete İlişkin Yaklaşımları

İfadeler	Kararsız		Kesinlikle Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Aile içi şiddet, aile içinde kalmalıdır.	37	9.3	19	4.8	41	10.3	135	33.8	168	42
Aile içi şiddet sadece yoksul ve eğitimsiz ailelerde görülür.	10	2.5	9	2.3	24	6.0	174	43.5	183	45.8
Aile içinde şiddet sadece kadınlara yöneliktir.	14	3.5	13	3.3	59	14.8	201	50.3	113	28.3
Aile içi şiddet sadece fiziksel olduğu zaman şiddettir.	3	0.8	3	0.8	30	7.5	157	39.3	207	51.8
Şiddetten sonra özür dilenirse her şey unutulur.	11	2.8	2	0.5	19	4.8	154	38.5	214	53.5
Aile içi şiddetin nedeni alkoldür.	40	10.0	7	1.8	70	17.5	178	44.5	105	26.3
Kızgınlık kontrol edilemez ve şiddete yol açar.	25	6.3	25	6.3	132	33.0	125	31.3	93	23.3
Aile içinde şiddetten kurtuluş yoktur.	13	3.3	8	2.0	25	6.3	184	46.0	170	42.5
Aile içi şiddete dışarıdan müdahil olmak uygun değildir.	42	10.5	11	2.8	62	15.5	169	42.3	116	29.0
Şiddeti uygulayan kişi duygusuzdur.	38	9.5	55	13.8	98	24.5	138	34.5	71	17.8
Aile bireylerinin birbirine sevgisi ve bağlılığı öylesine fazladır ki aile içi şiddet önemli bir zarar vermez.	13	3.3	8	2.0	24	6.0	175	43.8	180	45.0
Mağdur eğer istemezse/ kabullenmezse evini terk eder ya da kanuni haklarını kullanır.	9	2.3	112	28.0	211	52.8	36	9.0	32	8.0
Kocanın karısını dövmesi dinsel inanca uygundur.	4	1.0	8	2.0	8	2.0	98	24.5	282	70.5
Kadının şiddeti hak ettiği bazı durumlar olabilir.	22	5.5	8	2.0	26	6.5	105	26.3	239	59.8
Erkekler doğası gereği saldırgandır.	30	7.5	19	4.8	72	18.0	156	39.0	123	30.8
Şiddet uygulayanlar dengesiz ve ruhsal bozukluğu olan kişilerdir.	36	9.0	78	19.5	162	40.5	68	17.0	56	14.0
Ailesinden şiddet görenler ileri de kendileri de şiddet uyguluyor.	73	18.3	38	9.5	145	36.3	99	24.8	45	11.3
Evde/ okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir.	11	2.8	7	1.8	19	4.8	138	34.5	225	56.3
Şiddet görenlerin çoğu şiddet uygulayan kişiye ekonomik olarak bağımlıdır.	45	11.3	36	9.0	166	41.5	94	23.5	59	14.8
Şiddeti ortaya çıkaran tahrik edici sözler veya davranışlardır.	48	12.0	18	4.5	140	35.0	126	31.5	68	17.0

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları aile içinde şiddet öyküsü açısından değerlendirilmiş; “Şiddetten sonra özür dlenirse her şey unutulur”(X²=5.550, p= 0.018). “Erkekler doğası gereği saldırgandır” (X²=6.648, p=0.01), “Evde, okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir” (X²=6.295, p=0.01) yaklaşımlarına katılım aile içi şiddet öyküsü olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan 30 yaş altı ve 30 yaş üstü grup karşılaştırıldığında; “Aile içindeki şiddet aile içinde kalmalıdır” (X²=8.766, p=0.003) yaklaşımı ile ve “ Şiddeti ortaya çıkaran tahrik edici sözler veya davranışlardır” (X²=4.569, p=0.03) yaklaşımlarına katılma 30 yaş üstünde anlamlı düzeyde azalırken, “aile içinde şiddetten kurtuluş yoktur” yaklaşımına katılmanın 30 yaş altında anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Çalışmada “Aile içinde şiddetten kurtuluş yoktur” yaklaşımına katılanların şiddet karşısında hiçbir şey yapmayanların, bir şeyler yapanlara göre 2.5 kat daha fazla olduğu (Odds Ratio (OR): 2.741) belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Tekrarlayan ve dozu giderek artan bir saldırı olan aile içi şiddet, daha çok kadına yöneliktir. Kadına yönelik şiddet bütün kültürlerde ve toplumlarda yaygın olarak görülen evrensel bir sorundur (Dişsiz ve Şahin 2008, Garcia-Moreno 2002, WHO 2005, UNFPA 2007). Veriler yetersiz olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde kadına yönelik şiddetin daha yaygın olduğu sanılmaktadır. Dört kıt'a ve 24 ülkede yapılan 40 kalitatif çalışmada, kadınların %20-50'si erkek partnerleri tarafından fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir (Shea ve diğ. 1997). ABD'de aile içi şiddetin diğer suçlardan daha fazla görüldüğü ve her 15 saniyede bir aile içi şiddet olgusunun yaşandığı, her yıl 2-4 milyon kadının eşi tarafından dövüldüğü, bunların 2000-4000'inin yaralanma sonucu öldüğü, 1.4 milyon çocuğa en az bir aile üyesi tarafından şiddet uygulandığı belirtilmektedir (Shea ve diğ. 1997). İngiltere'de tüm şiddet suçlarının %25'ini aile içi şiddet suçunun oluşturduğu (Blacklock 2005) ve İrlanda'da yaklaşık her 5 kadından 1'inin yaşamlarının bir döneminde aile içi şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığı rapor edilmiştir (Corbally 2001).

Batı toplumlarında aile içi şiddet ile ilgili yaklaşık son 50 yıldır bilimsel çalışmalar yapılmasına rağmen, ülkemizde son 20 yılda çalışmalar başlamıştır. Türkiye'de geleneksel mahremiyet nedeniyle konunun aile duvarlarını aşip ortaya çıkarılması güç olduğundan bu konuda yeterli istatistiksel veri bulunmamaktadır (Dişsiz ve Şahin 2008, Vatandaş 2003,). Ancak bu Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet olmadığı anlamına gelmemektedir. Türkiye Aile Araştırma Kurumu (AAK)'nın yaptığı bir çalışmada, her üç erkekten birinin eşine fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir (AAK 1995). Kadın Dayanışma Vakfı tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmada ise erkeklerin eşlerine sözel (%74) ve fiziksel şiddet (%54) uyguladıkları saptanmıştır (Asena 1998). Türkiye'de çeşitli çalışmalarda aile içinde kadına yönelik fiziksel şiddetin %20.3-71.6 ve sözel şiddetin ise %53-89 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Ergin ve diğ. 2005, Güler ve diğ. 2005, Kocacık ve Doğan 2006). Çalışmamızda ise; sağlık çalışanlarının aile içi şiddete maruz kalma (%28.8) sıklığı daha düşük olsa da, şiddete maruz kalanların sözel (%29.6) ve fiziksel (%70.4) şiddet yaşama sıklığı toplum temelli çalışmalara benzer bulunmuştur.

Araştırmalarda aile içi şiddetin çoğunlukla erkekten kadına ve genellikle eşe yönelik olduğu, kadına yaşadığı şiddeti daha çok tanıdığı, bildiği ve güvendiği erkeklerin uyguladığı belirlenmiştir (Vatandaş 2003). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda görüşülen kadınların üçte biri ile üçte ikisinin eşi tarafından dövüldüğü belirlenmiştir (ICN 2001, Güler ve diğ. 2005). Türkiye’de Karataş ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, kadınların %10.6’sı aile içi şiddetin yalnızca eşler arasında olduğunu, %24.5’i ise hem eşler hem de anne-baba-çocuk arasında olduğunu belirtmişlerdir (Karataş ve diğ. 2005). Çalışmamızda da kadınların şiddeti, eşinden (%28.7), anne, baba, çocuğu ve ağabeyi gibi (%71.3) tanıdıklarından görmesi, literatür bilgisiyle paraleldir (Güler ve diğ. 2005, Karataş ve diğ. 2005, Vatandaş 2003).

Yapılan çalışmalarda çocuğun sosyal öğrenme yoluyla ailedeki şiddet davranışını model alması, şiddetin kuşaklar boyu sürmesi, çocuk eğitiminde dayağın yaygın kullanımının kabul görmesi şiddetin nedenleri arasında belirtilmektedir (Dijulio 1998, Tel 2002). Anne-babaların çocuklarını terbiye etmek için gerektiğinde dövmesi (% 11.4) ile diğer çalışmalar benzerlik göstermektedir (Karataş ve diğ. 2005, Mayda ve Akkuş 2003). Bu sonuçlar, kültürümüzde aile içinde çocuğa yönelik şiddetin “terbiye” gerekçesiyle meşruluk kazandığını ve toplumumuzda “şiddet” olarak algılanmadığı görüşünü desteklemektedir (Karataş ve diğ.2005, Mayda ve Akkuş 2003).

Aile içi şiddet karşısında hiçbir şey yapmama davranışı çalışmalarda da %50 - % 75 oranlarında bildirilmiştir (Çetin ve diğ. 2005, Karataş ve diğ. 2005, Vatandaş 2003). İçli ve Öğün (2000) tarafından yapılan çalışmada, fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların %58.4’ünün gördüğü şiddet karşısında sabır göstermeyi tercih ettiği rapor edilmiştir. Benzer şekilde Bangladeş’te yapılan bir çalışmada da şiddet gören kadınların %60’ı toplum baskısı ve korku nedeni ile şiddet konusunda sessiz kaldığı bildirilmektedir (Naved ve diğ. 2006). Ankara, İstanbul ve İzmir’de yaşayan üç farklı ekonomik tabakadan seçilmiş 1070 evli kadınla görüşülerek yapılan bir araştırmada, şiddete maruz kalan kadınların %78’i bu durum karşısında sabrettiklerini belirtmişlerdir (İçli ve Öğün 1994). Karataş ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmaya katılan kadınların %46.5’i kadının her şeye rağmen evliliğini sürdürmesi gerektiğini savunmaktadır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları gördükleri aile içi şiddet karşısında gösterdikleri hiç bir şey yapmama (%73), karşılık verme (%20.9), evden ayrılma (%6.1) davranışı sıklığı diğer çalışmalara benzer bulunmuştur. Genel toplum profiline göre daha yüksek eğitilmiş ve meslek sahibi kadınlardan oluşan katılımcı grupta bile şiddet karşısında tepkilerin sınırlı kalması düşündürücüdür. Kadına geleneksel olarak aile birliğinin devam etmesi adına “kol kırılır, yen içinde kalır” anlayışıyla sessiz kalması tavsiye edilmektedir (Vatandaş 2003). Bu durum şiddeti yaygınlaştırmakta ve maruz kalan bireylerin yardım aramasını güçleştirmektedir (Dişsiz ve Şahin 2008).

Çeşitli çalışmalarda “kocanın karısını dövmesinin haklı gerekçeleri olabileceği” görüşü % 8-22 oranındadır (Alper ve diğ. 2005, Kurçer ve diğ. 1999, Vatandaş 2003). TNSA (2003)’a göre çalışmaya katılan kadınların %39’u kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkiye girmeyi reddetmesi gibi durumlardan en

az birinin varlığı halinde kocanın karısını dövmesi için haklı gerekçe oluşturacağını belirtmiştir. ABD’de hemşire öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %6.5’i bazı durumlarda (kadın eşine yalan söylerse, çok konuşursa, eşini aldatırsa, eşinin erkekliğine meydan okursa, sözleşmeyi bozarsa, eşinin zayıf noktalarını hatırlatırsa v.b) kadının şiddetten sorumlu olduğunu, % 74’ü ise kadına şiddet uygulanmasının eşinin (erkeğin) suçu olduğunu bildirmiştir. (Bessette ve Peterson 2002). Çalışmaya katılanların, kadının bazı durumlarda (kocasını aldatması, kocanın isteklerini yerine getirmemesi v.b) “*şiddeti hak edebileceğini*” belirtme sıklığı diğer çalışmalardan daha düşük (%4.2) olması olumlu bir bulgudur. AAK’nın yaptığı çalışmaya göre şiddete maruz kalanların %80’i şiddet karşısında yapacağı fazla bir şey olmadığına inanmaktadır (AAK 1995). Karataş ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında “kız kardeşiniz kocasından dayak yemiş olsa ve size gelse ona ne gibi tavsiyelerde bulunursunuz ?” diye sorduklarında katılan kadınlar (%49) kaderine razı olması gerektiğini ve bu olaya müdahil olmayacağını ifade etmiştir. Çalışmamızda “Aile içinde şiddetten kurtuluş yoktur” görüşüne şiddet karşısında hiçbir şey yapmayanların, bir şeyler yapanlara göre 2.5 kat daha fazla katıldıkları saptanmıştır. Bu yaklaşıma katılmanın 30 ve altı yaş grubunda daha yüksek bulunması AAK’nun çalışması ile benzerdir (AAK 1998). Türkiye’de geleneksel aile mahremiyeti ve kadın kimliğiyle “itaat”in özdeş kabul edilmesi gibi sosyokültürel etmenlerin, kadınların şiddet karşısında boyun eğmelerine ve mazeret bulmalarına neden olduğunu düşündürmektedir (Gömbül ve Buldukoğlu 1997, Kılıç 1999). Çalışmaya katılan kadınlarda da meslek sahibi olsalar bile diğer hemcinsleri gibi, şiddet karşısında boyun eğme ve şiddeti olağanlaştırma yaklaşımının yerleştiği söylenebilir. Bu çaresiz tavrın, şiddet gören bireye profesyonel yaklaşımı da olumsuz etkilemesi riski kaçınılmazdır.

Mor Çatı Sığınma Vakfı’nın 1997 yılında yaptığı çalışmada; şiddete maruz kalan ve karakola başvuran kadınların %13.2’sinin başvurularının kayda bile alınmadığını, %43.3’ünün görevlilerin kendilerini kocalarıyla tekrar barıştırdıklarını belirtmişlerdir (Mor Çatı Sığınma Vakfı 1997). Çalışmamıza katılanların üçte birinin “aile içi şiddete dışarıdan müdahil olmak uygun değildir” görüşlerine katılması çalışmalarla paralellik göstermektedir (Davas ve Aksu 2007, Gömbül ve Buldukoğlu 1997, Tunçel 2007). Uzun yıllar şiddetin sosyal bir olgu olduğu, bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiği görüşü hakim olmuştur. Oysa şiddete maruz kalan kadınların en kolay ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, dertlerini en iyi anlatacakları kişiler ise sağlık çalışanlarıdır (Benagiano 2002, WHO 2002, UNFPA 2007). Gerek yeni Türk Ceza Kanunu’na göre gerekse 4320 sayılı Ailenin Korunması Kanunu’na göre aile içi şiddete tanık olan herkes bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumludur. Bu yasal sorumluluğun sağlık çalışanları arasında yaygınlaştırılması gerekmektedir (Davas ve Aksu 2007, Dişsiz ve Şahin 2008, Uluğ 2005). DSÖ şiddeti “kadın sağlığı sorunları” arasında saymaktadır (WHO 2002). Sağlık çalışanlarının savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rolleri arasında kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonunu sağlama işlevleri vardır. Sağlık çalışanlarının bu soruna yönelik gerek vaziyet alışları ve mesleki donanımları gerekse kurumsal politikalarından dolayı

sorumluluklarını yerine yeterince getirdikleri söylenemez (Gömbül ve Buldukoğlu 1997, ICN 2001, Kılıç 1999, Taşçı 2003, Tunçel ve diğ. 2007, Shea ve diğ.1997).

İçli ve Öğün'ün (2000) çalışmasında fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların %39.8'i Karataş ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında kadınların %11.9'u eşlerinin kendilerinden özür dilediğini, “koca karısını döver de sever de” sözüne %37.4'ünün katıldığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da aile içi şiddet öyküsü olanların, şiddeti olağanlaştıran yaklaşımlara katılım oranlarının anlamlı şekilde yüksek bulunması, şiddete uğrayan kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur (İçli ve Öğün 2000, Karataş ve diğ. 2005). Bu yaklaşımlar, şiddete uğrayan bireylere karşı profesyonel yardımı da etkileyebilecektir.

Yapılan çalışmalarda kadınların yaşı ve evlilik süreleri arttıkça, gördükleri şiddeti daha fazla kabullendikleri belirlenmiştir (Çetin ve diğ. 2005, Karataş ve diğ. 2005, Kurçer ve diğ. 1999). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda “Aile içindeki şiddet, aile içinde kalmalıdır” ve “Şiddeti ortaya çıkaran tahrik edici sözler veya davranışlardır” yaklaşımlarına katılma 30 yaş üstünde anlamlı düzeyde azalmaktadır. Benzer şekilde Vatandaş (2003'ün) çalışmasında da yaşın artması ile şiddetin mazur görülmesinin azaldığı bildirilmektedir. Sağlık çalışanları da aile içi şiddet mağdurları ile karşılaştığında yaşadığı toplumun bir bireyi olarak, taşıdığı toplumsal değer ve inançlara bağlı olarak öfke, şaşkınlık, keder, elem gibi duygular yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanlarının empati yapmasını da engelleyen bu duygular, şiddet mağduruna profesyonel yaklaşımını etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanlarının önce kendi duygu ve tutumlarının farkında olması, kontrol etmesi, nesnel olması, duygularını hizmet sunumuna karıştırmaması profesyonelliğinin gereğidir (Davas ve Aksu 2007, Gadomski ve diğ. 2001, Littrel and Littrel 1998, Moore ve diğ. 1998, Sugg ve diğ. 1999).

Sonuç

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının aile içi şiddete ilişkin yaklaşımlarının; içinde yaşadıkları erkek egemen toplumumuzdaki geleneksel bakış açısından tümüyle arınmadığı açıktır. Kadının meslek sahibi olması, sınırlı bir değişim yaratmış olsa da sağlık çalışanlarının, aile içi şiddete yaklaşımlarının, kültürel olarak benimsenen, kadına yönelik şiddeti destekleyen/ engellemeyen/yok sayan cinsiyetçi rol beklentilerine uygun geleneksel görüş ve tutumlarla benzeştiği söylenebilir. Oysa aile içi şiddet olgularının tanımlanmasında, tedavi, destek ve rehabilitasyonun yanı sıra, toplumda şiddetin azaltılmasında, önleme, koruma ve erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Toplumun tüm alanlarında hizmet sunan sağlık çalışanları, şiddet ile ilişkili kendi tutumlarını tanımaya ve profesyonel hizmet sunumlarında bu yaklaşımlarının etkilerinden arınmış olmaya çabalamalıdır. Sağlık çalışanları, etik ve mesleki kodlar doğrultusunda aile içi şiddet mağdurunu tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmesi için cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidir (ICN 2001, WHO 1997). Dünya'da ve ülkemizde yaygınlığı kabul edilen aile içi şiddet konusunda sağlık politikalarını hazırlayan ve yönetenlerin, üniversitelerin, meslek odalarının, uluslar

arası ve ulusal sivil toplum kuruluşlarının sağlık personeline yönelik farkındalık yaratma, bilgi, eğitim ve iletişim ağları oluşturmada öncü olmaları gerekmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışma sadece İstanbul'da ve sınırlı bir örnekleme yürütüldüğünden sonuçları genellenemez. Diğer bir sınırlılık da katılım oranının düşük kalmasıdır.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: N HŞ, M D, A S, H D

Veri toplama ve/veya analiz: D M, S A, D H

Makalenin hazırlanması: HŞ N, D M, S A, D H

KAYNAKLAR

Alper Z, Ergin N, Selimoğlu K, Bilgel N (2005) Domestic violence: A study among a group of Turkish women. *Eur J Gen Pract.* **11** (2):48–54.

Asena D (1998) Sözel, duygusal, fiziksel, cinsel şiddet. [Electronic version] . Retrieved March 1. 2008. www.milliyet.com.tr/ekler/gazete-Pazar/7981129/yazar/asena.html.

Arın C (1996) Kadına yönelik şiddet. *Cogito*; **6** (7). 305–312.

Benagiano G (2002) The role of FIGO in addressing violence against women *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1: S125–S127

Bessette HD, Peterson SS (2002) Attitudes of adult nurse practitioner students toward women experiencing domestic violence. *J Nurs Educ* **1**, 227–30.

Blacklock N (2005) Domestic Violence Intervention Project (DVIP). *Advances in Psychiatric Treatment*. 7:2001. 65–72. [Electronic version] . Retrieved March 11. 2008. from <http://www.dvip.org/hammersmith.html>.

Corbally MA (2001) Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered woman in dublin a&e departments: a literature review. *Accident and Emergency Nursing* **9**; 27–37

Çetin H, Kuzu N, Sargutan E, Ak B, Pekcan H (2005) Ankara Batıkent'te aile içi şiddet olayı. *Temel Sağlık.* **2** (5).1–7.

Declaration on the elimination of violence against women (1993) 43rd plenary meeting. 27 July 1993. [Electronic version] . Retrieved March 11. 2008. <http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/res/1993/e1993-10.htm> /14.3.2007

Dijulio KS (1998) *Families in Crisis: Family Violence: Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*. EM Varcaloris (Ed). St. Louis. WB Saunders Company, 387- 437.

Davas AA, Aksu F (2007) The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health* **7**,350 doi:10.1186/1471-2458-7-350.

Dişsiz M, Şahin N H (2008) Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* **1**(1). 50–58.

- Ergin N, Bayram N, Alper Z, Selimoğlu K, Bilgel N** (2005) Domestic violence: A tragedy behind the doors. *Women Health* **42**,35–51.
- Gadomski A, Wolff D, Tripp M, Lewis C, Short ML** (2001) Changes in healthcare providers' knowledge, attitudes and behaviours regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine*, **76** (10),1045–1052.
- Garcia-Moreno C** (2002) Recommendations and conclusions from the International Conference on the role of health professionals in addressing violence against women Naples, October 2000, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **78** Suppl.1 S129–S131.
- Gömbül Ö. Buldukoğlu K** (1997) Hemşirelerin kadın ve kadına yönelik eş şiddetine ilişkin görüşleri. *Kriz Dergisi* **5** (2),103–114.
- Gömbül Ö** (1998) Ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin hemşirelerin tutumları ile cinsiyet rol kalıpları arasındaki ilişki, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora tezi, Ankara.
- Güler N, Tel H, Tuncay FÖ** (2005) Kadının aile içi şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **27** (2), 51–56.
- Güneri F Y** (1996) *Ailede Kadına Yönelik Şiddet*. Evdeki Terör. Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Mor Çatı Yayınları
- Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karavuş M** (2006) Kadın ve çocuklara karşı fiziksel şiddeti etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: İstanbul'da sağlık ocağı tabanlı bir çalışma. *Yeni Symposium Journal* **44** (4),196–202
- International Council of Nurses (ICN)* (2001) Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses' Day 2001. Anti-Violence Tool Kit.
- İçli T, Öğün A** (2000) *Türkiye'nin Sosyo-Kültürel Yapısında Aile. Evlilik ve Kadın Suçluluğu: Fail Mağdur İlişkisi*. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. Ankara.
- Kadın Şiddeti Hak Eder mi?** [Electronic version] . Retrieved Jan 24. 2008. from http://www.ucansupurge.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1910&Itemid=73
- Karataş B, Derebent E, Yüzer S, Yiğit R, Özcan A** (2005) Kırsal Kesim Kökenli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri. [Electronic version] . Retrieved February 12. 2008. from http://cws.emu.edu.tr/en/conferences/2nd_int/pdf/karatas%20b.%20derebent%20e.%20yuzer%20s.%20yigit%20r.%20ozcan%20a..pdf.
- Karataş N** (2002) Araştırmada örnekleme. İ. Erefe (Eds.), Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. (p. 125–138). İstanbul: Odak Ofset.
- Kishor S, Johnson K** (2004) *Prevalence of different types of domestic violence*. In: Meline M. ed. Profiling domestic violence—a multi-country study. Calverton. Maryland: ORC Macro.11–27.
- Kılıç BÇ** (1999). Aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi ve hemşirenin rolü İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Kocacık F, Doğan O** (2006). Domestic violence against women in Sivas. Turkey: Survey study. *Croat Med. J.* **47**, 742–749.
- Kurçer MA, Güneş G, Genç M** (1999) Malatya’da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ayrı bölgede evli kadınlara yönelik aile içi şiddet ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum* **9** (3), 34–37.
- Littrel KH, Littrel SH** (1998) Current understanding of violence and aggression: assesment and treatment. *Journal of Psychosocial Nursing* **36** (129), 18–24.
- Mayda AS, Akkuş D** (2003) Ev kadınlarına yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum* **13** (4), 51–58.
- Mor Çatı Sığınma Vakfı** (1998)Geleceğim Elimde: Kadın İncelemeleri Dizisi. İstanbul: Mor Çatı Yayınları.
- Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH** (1998) Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* **27** (2), 175–82.
- Naved RT, Azim S, Bhuiya A, Persson LA** (2006) Physical violence by husbands: Magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. *Soc Sci Med. Jan* **17**, 2917–29.
- Rittersberger H** (1997) Aile İçi Şiddet: Bir Sosyolojik Yaklaşım. 20.yy’ın Sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı. TODAİE- İHADİM. İstanbul.
- Shea CA, Mahoney M, Lacey JM** (1997) Breaking through the barriers to domestic violence Intervention. *American Journal of Nursing* **97** (6) 26–34.
- Şahin NH, Dişsiz M** (2008) Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması[Sözlü Bildiri],V.Kapadokya Adli Bilimler Kongresi “Adli Hemşirelik”, Nevşehir.
- Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro J, Rivara FP** (1999) Domestic violence and primary care, Attitudes, practices and beliefs. *Archives of Family Medicine* , **8**, 301-306
- Taşçı N K** (2003) Ebelerin aile içinde kadına uygulanan şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Denizli.
- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu** (1995) *Aile İçi Şiddetin Sebebi ve Sonuçları*. Bizim Büro Yayınevi. Ankara.
- T.C Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü** (1998) *Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet*. Bizim Büro Yayınevi. Ankara.
- Tel H** (2002) Gizli sağlık sorunu: Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **6** (2), 1–9.
- Tjaden P, Thoennes N** (2000) *Prevalence and incidence of intimate partner violence*. In: Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the national violence against women survey. Washington (DC): U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of Justice; 9–13.
- Tunçel E K, DüNDAR C, Peşken Y** (2007) Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* **17** (2), 105–110.

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (TNSA) 2003.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. [Electronic version] . Retrieved March 12. 2007 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003>.
- Uluğ İ** (2005) Ailenin Korunmasına Dair Kanun Çerçevesinde Aile İçi Şiddetin Önlenmesi. 6;437–457. [Electronic version] . Retrieved March 24. 2008. from <http://www.akader.net/sbard/sayilar/2005Eylul/11.pdf>.
- UNFPA** (2007) Ending Violence Against Women Programming for Prevention. Protection and Care. New York. [Electronic version] . Retrieved march 15. 2008 <http://www.unfpa.org/publications>
- Vatandaş C** (2003) *Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No:58 Uyum Ajans. Ankara.
- World Health Organization** (WHO) (1997) *Violence against women: What health workers can do?* [Electronic version] . Retrieved March 21. 2008. <http://who.int/gender/violence/en/u9.pdf>. Erişim tarihi: 18.05.2008
- World Health Organization** (WHO) (2002) *Violence by intimate partners*. In: G Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, AB Zwi, R Lozano (Eds.), *World report on violence and health*, Geneva. 87–122.
- World Health Organization** (WHO) (2005). *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, Geneva.