

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları

Sibel KIYAK*

Belgin AKIN**

* Bil. Uzm. Hemşire,
Meram Toplum Sağlığı Merkezi,
Konya.

e-mail: sibel_kiyak15@hotmail.com

** Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Konya.

Özet

Amaç: Bu çalışma sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneğini İç Anadolu Bölgesi'nde bir ilin üç merkez ilçesinde bulunan 40 merkez sağlık ocağında çalışan 410 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Hemşire ve ebeleri tanıtıcı özelliklerini içeren 26 soruluk anket formu kullanılmıştır. Ayrıca, verilerin toplanmasında "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek" ve "Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortanca, yüzdeler dağılımı, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, hemşire ve ebelerin çok azının mezuniyet öncesi ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığını ve birinci basamakta çalışma süresi, geçmişte şiddete uğrama öyküsü ve sıklığının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunda önemli faktörler olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı genel olarak olumsuz/onaylamayan bir tutuma sahip olduğu, daha ileri yaşta olanların, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların, yaşamında en uzun süre ilçede yaşayanların, geçmişte 1-2 kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı daha olumlu/onaylayan bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Hemşirelik ve ebelerde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde kadına yönelik şiddet konularının yer alması, birinci basamakta çalışan hemşirelerin uygulamaları sırasında karşılaştıkları ve izledikleri her kadında şiddet olasılığını sorgulamaları, 15-49 yaş, gebe-loğusa ve bebek izlem formlarında kadına yönelik şiddetin önemli belirtilerine ilişkin sorgulamaların yer almasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kadına yönelik şiddet, hemşire, ebe, bilgi, tutum.

Knowledge and Attitudes of Nurses and Midwives towards Domestic Violence against Women

Objective: *The purpose of the study was to determine the knowledge and the attitude of the nurses and midwives who work in primary health care services toward violence against women.*

Method: *The sample of the study was composed of 410 nurses and midwives working in 40 primary health care centers localized in three central districts of a city in Central Anatolia, Turkey. Descriptive characteristics of nurses and midwives in the collection of data containing the 26-question survey form were used. Besides, "The scale for recognizing the signs of violence against woman by nurses and midwives" and "The scale for attitudes toward wife beating" were used to collect data. Median and percentages distributions, Kruskal wallis, Mann Whitney U and Bonferroni adjusted Mann-Whitney U tests and Spearman correlation analyses were used to evaluate data.*

Results: *The study results showed that very few nurses and midwives got knowledge about violence during and after their professional education and the time spent for working in primary care services, history of exposing to violence and its frequency were important factors in the recognition of violence symptoms ($p<0.05$). It was determined that nurses and midwives had generally negative/not endorsing attitudes toward the beating of spouse and that the nurses and midwives who were older age who perceived their financial situation as good, lived in small towns for most of their lives, were the victims of violence ones or twice in the past and met women as victims of violence in professional life had a more positive/ endorsing attitudes toward violence ($p<0.05$).*

Conclusion: *It was suggested that the issues of violence should be included in the education and training programs during and after professional education of nurses and midwives, the nurses and midwives working in the primary health care services should inquire about the probability of violence in every woman they meet and follow-up, the follow-up forms of 15-49 age and pregnant-postpartum women and baby should include the inquiring about the important symptoms of violence against women.*

Keywords: *Violence against women, nurse, midwife, knowledge, attitude.*

Giriş

Şiddet fiziksel güç veya konumun kasıt içeren bir tehdit veya gerçek olarak bir başkasına uygulanması sonucunda hedef alınan bireyde yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açan ya da neden olma olasılığı bulunan durum olarak tanımlanmaktadır (WHO 2002). Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmekle birlikte özellikle evde ve aile içinde daha sık görülmektedir (ICN 2001). Aile içi şiddete maruz kalanların genelde kadınlar, çocuklar ve yaşlılar olduğu bildirilmektedir (Yıldırım 1998, Carson 2000, Turla 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (2002) yayınladığı raporda, şiddet en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşanmaktadır.

Türkiye'de Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1995)'nin yaptığı bir araştırmaya göre; ailelerin %34.0'ünde fiziksel şiddet, %53.0'ünde sözel şiddete rastlandığı, cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranının %9.0 olduğu bildirilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2003)'na göre, kadınların kocasına karşılık vermesi (%29.0), parayı lüzumsuz yere harcaması (%27.0), çocukların bakımını ihmal etmesi (%23.0) ve yemeği yakma (%6.0) durumunda kocanın karısını dövmesinde haklı olduğunu düşündüğü bulunmuştur. TNSA (2008)'nin çalışmasında kadınların dörtte biri eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalınmasına ilişkin en az bir nedeni doğru bulmaktadır. Bu kadınların oranı TNSA (2003)'nin çalışmasında %39 iken, TNSA (2008)'nin sonraki çalışmasında %25'e düşmüştür. Kadınların parayı gereksiz yere harcaması ve çocukların bakımını ihmal etmesi fiziksel şiddet için en çok kabul edilen nedenlerdir.

Aile içinde şiddet yalnız şiddete uğrayan bireyi değil, bireyle birlikte aileyi ve toplumu da çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunudur ve önlenmesi sektörlerarası işbirliği ile çalışmayı gerektirmektedir (Tel 2002). Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birin-

deki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir (Williamson 2000, ICN 2001, Tel 2002, Christofides ve Silo 2005). Sağlık personeli şiddete maruz kalanları belirlemek ve onlara yardım etmede önemli bir gruptur (Corbally 2001, Haggblom ve Möller 2005, Lazenbatt ve diğ. 2005). Kadın nüfusunun önemli bir bölümü için şiddet yaygın şekilde görülmekte, birçok kadın için sağlık çalışanları ilk iletişim kurdukları ve mahrem sayılabilecek konuları paylaşabildikleri kişilerdir. Ev içi şiddet çoğunlukla gizli tutulan bir sorun olduğundan hemşirenin şiddet olasılığını değerlendirebilmesi ve şiddeti saptaması sorunun ele alınmasında önemlidir.

Son zamanlarda şiddet konusundaki farkındalıkta bir artış olduğu vurgulanmakta, ebelerin %15.0'nin ev ziyaretlerinde aile içi şiddet konusunda veri topladığı ancak ebelerin ev ziyaretlerinin kısa sürdüğünü (15 dk) ve beslenme ve hijyen gibi konuları ele almaktan şiddete zaman kalmadığını belirttiği, bazı ebelerin ise şiddet konusunu ele alma rolüne hazır olmadıklarını ifade ettiği bildirilmektedir (Mezey ve diğ 2003). Haggblom ve Möller (2005)'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin %45.3'ünün şiddete uğrayarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin tedavisine katıldığı ve %33.0'ünün danışmanlık yaptığı belirtilmektedir. Hemşirelerin şiddete uğramış kadına nasıl sorular soracağı, ne yapması ya da ne söylemesi gerektiğinin bilme konusunda zorlandığı bildirilmektedir (Frost 1999, Cox ve diğ. 2001, Haggblom ve Möller 2005). Baysan (2003)'nın çalışmasında kadına yönelik şiddetle ilgili olarak, hemşire ve ebelerin %7.1'inin öğrenimleri sırasında bu konuya yer verildiği ve %7.8'inin hizmet içi eğitim aldığı belirtilmiştir. Bunun yanında, hemşire ve ebelerin %66.9'unun kadına yönelik şiddet konusunda bilgi almaya gereksinimi olduğu ve %28.6'sının şiddeti ele alma konusunda kendini yeterli bulduğu saptanmıştır.

Konu ile ilgili çalışmaların çoğunun hastane ve klinik ortamda yapıldığı, aile içinde kadına yönelik şiddeti ele alma konusunda sağlık persone-

linin yeterince bilgi ve beceriye sahip olmadığı ve böyle bir hizmette yer alma konusunda yeterli istekliliğe sahip olmadığı yönünde bulgular yer almaktadır (Cox ve diğ. 2001, Mezey ve diğ 2003, Haggblom ve Möller 2005). Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin öncelikli olarak sunulduğu birinci basamak hizmetler aile içinde kadına yönelik şiddetin saptanması ve ele alınmasında önemli bir konumdadır.

Bu çalışmanın bulguları, hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve farkındalıklarına dikkat çekecektir. Elde edilen bulgular hemşire ve ebelerin mezuniyet öncesi eğitimleri ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesi için veri oluşturulmasına katkıda bulunacaktır.

Amaç

Bu çalışma hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile hemşire ve ebelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile ilişkili midir?
2. Eş dövmeye ilişkin tutum durumu ile hemşire ve ebelerin bireysel, mesleki özellikleri yeterli bilgiye sahip olmayla ilişkili midir?

Yöntem

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni

İç Anadolu Bölgesi'nde bir ilin üç merkez ilçesinde bulunan 40 merkez sağlık ocağında 426 hemşire ve ebe çalışmaktadır. Çalışma ilin tüm merkez ilçelerini kapsamaktadır. Hemşire ve ebelerden 16'sı ön uygulamada yer almaları nedeni ile evren dışında bırakılmıştır. Evrenin tümü (410) araştırmaya dahil edilmiştir. Bunların 42'sine ra-

porlu, yıllık/ücretsiz izinli olmaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Hemşire ve ebelerin 40'ı ise araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Böylece, araştırmacının çalışma grubu 153 hemşire ve 175 ebeden oluşmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemşire ve ebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumlarını değerlendirmek için Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ) ve eş dövmeyle ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacı ile Eş Dövmeye İlişkin Tutum Ölçeği (EDİTÖ) kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak oluşturulan 26 soruluk anket formu sosyo-demografik özellikler, evlilikle ilgili özellikler, mesleki özellikler, şiddet öyküsü, mesleki alanda şiddetle karşılaşma durumu ile ilgili soruları içermektedir (McCosker ve diğ. 1999, Cann ve diğ. 2001, Tel 2002, Mezey ve diğ. 2003, Peckover 2003, Baysan 2006).

HEKYŞBTÖ, Baysan (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçek fiziksel ve duygusal olmak üzere iki alt boyutta (faktörde) toplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı incelenmiştir. Sağlık ocaklarında görev yapan 154 hemşire ve ebeye uygulanmış ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur. Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin %80'i ve daha fazlasını doğru bilen hemşire ve ebelerin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları konusundaki bilgileri “Yeterli”, %50-79' unu doğru bilenler “Kısmen Yeterli”, %50 ve daha azını doğru bilenler “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir. Puanlama toplam ölçek puanı için 0-31 (en düşük - en yüksek) olarak belirlenmiştir. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek hemşire ve ebelerin kendisi tarafından oku-

narak yanıtlanmaktadır. Çalışmamızda cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur

Eş dövmeyle ilişkin tutum ölçeği, Haj-Yahia (1998) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Sakallı (2001) tarafından yapılmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği çalışılan ölçek “1” (eş şiddetine karşı olumsuz - karşı tutumu) ve “6” (eş şiddetine karşı olumlu - onaylayıcı tutumu) arasında değerlendirilen 24 maddelik 6'lı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 34, en yüksek puan 134'dür. Yüksek puanlar eş şiddetine karşı olumlu - onaylayıcı tutum anlamına gelmektedir. EDİTÖ'nün yapı geçerliliğine yönelik olarak Bileşen Çözümlenmeleri (Factor Analyses) yöntemi kullanılmıştır. Dört faktör ele alınmıştır: 1.Faktör, eş dövülmesinin kabul edilebilir bir durum olduğu (EDKE); 2.Faktör, eş dövülmesinin kadının hatalı davranışlarından kaynaklandığını (EDKH); 3.Faktör, eşleri tarafından dövülmesinin kadının sorumluluğu olduğu (EDKS); 4.Faktör, eş dövülmesinin erkeklerin sorumluluğu olduğu (EDES) ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Tüm ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler 6 Mart – 30 Nisan 2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından sağlık ocakları ziyaret edilerek toplanmıştır.

Ön Uygulama

Araştırmacının ön uygulaması bir sağlık ocağında çalışan 16 hemşire ve ebeye yapılmıştır. Anket formları ve ölçekler araştırmacı denetiminde hemşire ve ebelerin kendisi tarafından okunarak yanıtlanmıştır. Ön uygulama ile veri toplama araçlarının, 15-20 dk. içerisinde uygulanabildiği ve veri toplama araçlarında yer alan soruların anlaşılır olduğu görülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilecek bilgiler hemşire ve ebelerin öz bildirimine dayalıdır. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi ve tutumları HEKYŞBTÖ ve EDİTÖ verileri ile sınırlıdır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce hem-

şire ve ebelere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Değerlendirme

Veriler mutlak sayı, yüzde, ortanca (1.çeyrek - 3.çeyrek), $[M_{(Q_1-Q_3)}]$ şeklinde özetlenmiştir. İki bağımsız gruptaki dağılım benzerliği için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız gruptaki dağılımın benzerliği için Kruskal-Wallis, Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Önem değerinde 0.05'den küçük değerler önemli kabul edilmiştir.

Tablo 1: Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özellikleri

Mesleki Özellikler	Sayı	(%)
Meslek		
Hemşire	175	153
Ebe	46.6	53.4
Öğrenim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	127	132
Önlisans	69	38.7
Lisans	40.2	21.1
Meslekte çalışma yılı		
5 ve altı	35	84
6-10	112	97
11-15	10.7	25.6
16 ve üstü	34.1	29.6
1. basamak hizmetlerinde çalışma yılı		
5 ve altı	114	118
6-10	56	40
11-15	34.8	36.0
16 ve üstü	17.0	12.2
Okulda kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma		
Eğitim alan	57	17.4
Eğitim almayan	271	82.6
Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet-içi eğitim alma		
Eğitim alan	19	5.8
Eğitim almayan	309	94.2
Şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşüncesi		
Yeterli	42	286
Yetersiz	12.8	87.2
Toplam	328	100.0

Bulgular

Araştırmaya katılanların %53.4'ü ebe, %46.6'sı hemşiredir. Hemşire ve ebelerin %40.2'si önlisans, %21.1'i ise lisans derecesine sahiptir. Hemşire ve ebelerin %34.1' i 11–15 yıl çalışma süreleri olduğu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri %36.0'sının 6–10 yıldır. Hemşire ve ebelerin %82.6'sının öğrenimleri sırasında ve %94.2'sinin ise meslekte çalışma süresi içinde kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin %87.2'si ise şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir (Tablo 1).

Araştırmada yer alan hemşire ve ebelerin %37.8'inin 31–35 yaş grubunda olduğu, çoğunluğunun ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiği, %68.0'inin en uzun süre şehirde yaşadığı ve %81.4'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin %88.7'sinin evli, %35.4'ünün evlilik süresinin 6–10 yıl olduğu bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin %50.3'ü yaşamı boyunca hiç şiddete uğramadığını, %32.3'ü üç ve

daha fazla şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddeti uygulayan kişi olarak ilk sırada eş (%20.7) gelmekte ve halen şiddete maruz kalan (%17.2) hemşire ve ebe bulunmaktadır. Çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin %49.4'ü çocuğuna şiddet uyguladığını belirtmiştir. Hemşire ve ebelerin %86.3'ü şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak görmektedir. Hemşire ve ebelerin %71.6'sı mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır. Şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığında yapılan uygulama en çok dinleme ve destekleme (%28.0), yasal hakları ve kurumsal yardım konularında bilgilendirme (%26.5) şeklindedir.

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada genel olarak bilgilerinin %64.3'ünün “kısmen yeterli” olduğu, şiddetin fiziksel belirtilerini tanıma (%77.7) da duygusal belirtilere (%66.5) göre daha yeterli olduğu, anaçocuk sağlığı hizmetlerinde doğum öncesi ve sonrası hizmetler sırasında belirleyebilecekleri bazı istismar belirtilerini [gebe bir kadının erken do-

Tablo 2: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı [M (Q₁-Q₃)]

Bağımsız Değişkenler	Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Puanları		
	Fiziksel belirtiler	Duygusal belirtiler	Toplam puan
Yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığı			
Hiç	7(6-8)	9(8-11)	17(14-19)
1–2 kez	7(6-9)	10(8-11)	18(15-20)
3 ve üstü	7(6-8)*	10(8-11)	18(15-20)*
1.basamak'ta çalışma süresi (yıl)			
5 ve altı	7(6-8)	10(8-11)	17.5(15-20)
6-10	7(5-8)	10(7-11)	17.5(14-19)
11-15	8(6-8.75)#	10(8.2-11)	18(16-20)
16 ve üstü	7(6-8)	19(8-11)	16.5(15-19)
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı			
Mesleki sorumluluk gören	7(6-8)	10(8-11)	18(15-20)
Mesleki sorumluluk görmeyen	7(6-8)	9(8-11)	16.5(14-19)

* p<0.05

6-10 yıl olanlara göre p<0.05

ğum yapması bir istismar belirtisidir (%33.5), prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür (%27.7) gibi] tanımda çoğunluğunun “yetersiz” olduğu bulunmuştur.

Hemşire ve ebelerin yaşamı boyunca şiddete uğrama durumuna göre kadına yönelik şiddetin fiziksel ve duygusal belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanları ve yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığına göre kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtileri tanıma ve toplam ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşamı boyunca şiddete uğrama durumunda ve şiddete uğrama sıklığı fazla olan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda daha yeterli oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşire ve ebelerin birinci basamakta çalışma süresi fiziksel şiddet belirtilerini tanımda önemli bulunmuş ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılan analizlerde meslekte çalışma süresi 6–10 yıl olanların fi-

ziksel belirtileri tanıma puanları 11–15 yıl olanlardan yüksek ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.0083$). Kadına yönelik şiddet konusunda mesleki sorumluluğu olduğunu düşünen hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda daha yeterli oldukları bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mesleğinin hemşire ya da ebe olması durumuna ve mezun olunan okula göre, meslekte çalışma süresine, öğrenimi sırasında ve mezuniyeti sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almama durumu yönünden de incelenmiş ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşire ve ebeler eş dövmeye karşı genel olarak onaylamayan bir tutuma sahiptir ($x = 40.42$). Daha ileri yaşta olan, ekonomik durumu iyi olarak algılayan, yaşamında en uzun süre

Tablo 3: Hemşire ve Ebelerin Eş Dövmeye İlişkin Tutum Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı [$M (Q_1-Q_3)$]

Bağımsız Değişkenler	Eş Dövmeye İlişkin Tutum Durumu				
	Eş dövmenin kabul edilebilir bir durum olması	Eş dövmenin kadının hatalı davranışlarından kaynaklanması	Eşleri tarafından dövülmenin kadının sorumluluğu olması	Eş dövmenin kadının sorumluluğu olması	Toplam Puan
Yaş grupları					
30 yaş ve altı	22(15-31)	3(3-6)	8(4-10)	2(2-4)	37(28-50)
31–35	18.5(15-30)	3(3-6)	7(4-9)	2(2-4)	33(24-48.7)
36 yaş ve üstü	25(17-31)*	4(3-6)	8(4-10)	2(2-4)	42(28-50)
Algılanan ekonomik durum					
Kötü	20(15-30)	3(3-6)	5.5(4-9)	2(2-4)	35(26-49.7)
Orta	21(15-30)	3(3-6)	7(4-10)	2(2-4)	35(27-49)
İyi	28(15.5-35.5)	4(3-6)	8(4-12)*	2(2-4)	*
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer					
İlçe/köy	23(16-31)	4(3-6)	8(4-10)	2(2-4)	39(28.5-52.5)
İl	21(15-30)	3(3-6)	7(4-10)	2(2-4)	35(26-49)
Yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığı					
Hiç	21(15-30)	3(3-6)	7(4-10)	2(2-4)	35(26-49.2)
1–2 kez	26.5(19-33)	5(3-6)*	8(4-12)	3(2-4)	42.5(33.5-49.7)*
3 ve üstü	21(15-30)	3(3-6)	8(4-9.2)	2(2-4)	35(27-49)
Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşma durumu					
Karşılaşan	21(15-31)	3(3-6)	8(4-10)	2(2-4)	37(27-50)
Karşılaşmayan	22(15-30)	3(3-6)	7(4-10)	2(2-4)	34(26-48)

* $p<0.0$

ilçede yaşayanların, geçmişte 1–2 kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı daha onaylayan bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Hemşire ve ebelerin eş dövmeyle ilişkin tutumu ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının, mesleğinin hemşire ya da ebe olması durumuna, mezun olunan okula göre, meslekte ve birinci basamakta çalışma süresine, öğrenimi sırasında ve mezuniyeti sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almama durumu, şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görüp görmemesi, yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu, şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olup olmamasına göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Spearman korelasyon analizi ile yapılan incelemede hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma puanları ile eş dövmeyle karşı tutumları arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

Tartışma

Hemşire ve ebelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılanların (%53'ü) ebedir. Hemşire ve ebelerin yaklaşık yarısı önlisans, %21.1'i ise lisans mezunudur. Hemşire ve ebelerin %34.1'inin çalışma süresi 11–15 yıl, %36.0'sının birinci basamakta çalışma süresi 6–10 yıl arasındadır (Tablo 1). Baysan (2006)'ın çalışma grubu ile benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerinin toplam çalışma sürelerinden daha az olmasının nedeni, hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası öncelikle yataklı tedavi kurumlarında çalışması daha sonra vardiyasız hizmet verilen ve daha az yoğun olarak değerlendirilen koruyucu sağlık hizmetlerine geçmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Eğitim, aile içinde şiddet yaşama riskini etkileyen bir özellik olarak tanımlanmaktadır (Hay-

man ve diğ. 2000). Şiddetin bir sağlık sorunu olarak tanımlanabilmesinde şiddete yönelik eğitimin önemli olduğu belirtilmektedir (Klein ve diğ. 1997, Watts 2004). Kadına yönelik şiddet konusunda hemşire ve ebelerin %82.6'sının öğrenimi sırasında, %94.2'sinin ise meslekte çalışma süresi içinde eğitim almadığı bulunmuştur. Bu bulgu Moore ve diğ. (1998), Cann ve diğ. (2001), Early ve diğ. (2002), Baysan (2006)'nın çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin çoğunluğunun mesleki eğitimlerinde kadına yönelik şiddetin yer almaması ülkemizde konuya yeterince önem verilmediğini düşündürmektedir.

Hemşire ve ebelerin yalnızca %12.8'i şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir. Baysan (2006)'ın çalışmasında, hemşire ve ebelerin %66.9'nun şiddet konusunda bilgi almaya gereksinimi olduğu bulunmuştur. Kadına yönelik şiddetin saptanmasında özellikle anahtar bir rol oynayabilecek hemşirelerin çoğunluğunun bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Schoening ve diğ. 2004). Başka çalışmalarda da (Hayman ve diğ. 2000, Watts 2004, Ritchie ve diğ. 2009) vurgulandığı gibi çalışanların bilgi yetersizliği kadına yönelik şiddetin tanınması ve saptanmasında önemli bir engel oluşturabilir. Bu bulgular hemşire ve ebelerin özellikle birinci basamağa başvuran kadınlarda şiddeti tanıma ve ele almada yetersiz donanıma sahip olduğunu düşündürmektedir.

Hemşire ve ebelerin şiddet öyküleri ve mesleki yaşamda şiddetle karşılaşma durumları incelendiğinde; yarısı yaşamı boyunca bir ve daha fazla şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddeti uygulayan kişi olarak ilk sırada eş gelmekte ve halen şiddete maruz kalan (%8.5) hemşire ve ebe bulunmaktadır. Çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin %40.2'si çocuğuna şiddet uygulamaktadır. Hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğrama oranları; Christofides ve Silo (2005)'nin çalışmasında %39.0, Bryant ve Spencer (2002) ile Moore ve diğ. (1998)'nin çalışmalarında %31.0 olarak bildirilmiştir. Şiddete maruz kalma duru-

munun, şiddeti ele alması beklenen bir meslek üyesi olarak hemşire ve ebelerde de görülmesi ve çocuklarına uygulaması dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu bulgu hemşire ve ebelerin şiddete uğrama ve çocuğuna şiddet uygulama yönünden çok farklı özellikler göstermediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yer alan hemşire ve ebelerin çoğunluğu şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak görmektedir. Yapılan çalışmalarda da benzer bulgular yer almaktadır (Woodtli 2001, Haggblom ve diğ. 2005). Mezey ve diğ. (2003)'nin çalışmasında ise ebeler kadınlara şiddet deneyimleri konusunda soru sormak ve bu konuda aktif rol almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddeti ele almada mesleki sorumluluk hissetmeleri bu alandaki hemşirelik ve ebelik rollerini geliştirme yönünde önemli ve olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Şiddete maruz kalan kadınlar gözlenebilen veya gözlenemeyen yaralanmalarla genellikle sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar (Corbally 2001). Çalışmamızda da hemşire ve ebelerin çoğunluğu mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır. Lazenbatt ve diğ. (2009)'nin çalışmasında ebelerin %66'sının sıklıkla, Baysan (2006)'nin çalışmasında hemşirelerin %67.5'i, Christofides ve Silo (2005)'nin çalışmasında %81.6'sı şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin şiddete uğramış kadınla mesleki yaşamda karşılaşma deneyimlerinin bilgi artışına etkisi olacak nitelikte olmadığını söyleyebiliriz. Çalışmamızda hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığında yapılan uygulamalar en çok dinleme ve destekleme, yasal hakları ve kurumsal yardım konularında bilgilendirme şeklindedir. Baysan (2006)'nin yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %28.8'i şiddete maruz kalan kişiyi bilgilendirdiğini, %26.9'u psikolojik olarak rahatlattığını ifa-

de etmiştir. Hemşire ve ebelerin şiddete uğramış kadınla karşılaştıklarında yalnızca desteklemekle sınırlı uygulamalar yapmaları dikkat çekici bir bulgudur. Eğitimleri sırasında ve mesleki yaşamlarında şiddete yönelik eğitim almamaları, yaptıkları uygulamalardaki sınırlılıklarının nedeni olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin şiddete maruz kalmış kadını saptamaları ve etkili bakım verebilmeleri için öncelikle şiddetin belirtilerini tanımaları gerekir (Nelms 1999, Christofides ve Silo 2005). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma genel olarak bilgilerinin %64.3'ünün "kısmen yeterli" olduğu, şiddetin fiziksel belirtilerini tanıma (%77.7) da duygusal belirtilere (%66.5) göre daha yeterli olduğu bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin fiziksel ve duygusal alanda istismarı düşündürecek, sık görülen bulguları bilmeleri şiddete uğrayan kadını saptayabilmeleri yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, korunması, doğum öncesi ve sonrası bakımın sağlanması ve 15-49 yaş kadınların izleminde en önemli insan gücüdür. Hemşire ve ebeler tarafından verilen öncelikli hizmetlerden birisi ana-çocuk sağlığı hizmetleridir. Çalışmamızda hemşire ve ebelerin en az doğru cevap verdikleri soruların bu hizmetlerle ilgili olarak şiddet belirtilerini sorgulayan sorular olduğu görülmektedir. Bu durum şiddeti tanımaya yönelik önemli bulguları yakalama konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve önemli fırsatları kaçırdıklarını düşündürmektedir.

Daha önce şiddet yaşayan ve kadına yönelik şiddet konusunda mesleki sorumluluğu olduğunu düşünen hemşire ve ebelerin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda daha yeterli oldukları bulunmuştur (Tablo 2). Mesleki sorumluluk ve duyarlılık hissetmenin konuya ilgi duymayı sağladığı ve dolayısıyla bilgi sahibi olma ve hizmet sunumundaki istekliliği artırdığını düşünebili-

riz. Bunun yanında şiddete uğramanın bu konuda bilgi sahibi olmaya katkısı olması dikkat çekicidir.

Birinci basamakta çalışma süresi 11–15 yıl olanların fiziksel belirtileri tanınması daha olumlu yöndedir (Tablo 2). Birinci basamakta çalışma süresinin artması şiddetin fiziksel belirtilerini saptama açısından farkındalıklarında artış olabildiğini söyleyebiliriz. Baysan (2006)'ın çalışmasında, benzer sonuçlar bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşları şiddetin erken tanısının konulabileceği noktalardır ve burada çalışan hemşire ve ebeler ev ziyaretleriyle risk faktörlerini belirleme ve şiddetin önlenmesinde önemli konumdadırlar. Bu bulgular birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin şiddeti saptama konusunda önemli bir pozisyonda olduğu konusundaki düşüncemizi destekler niteliktedir.

Hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı genel olarak onaylamayan bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. İnanç ve değerlerin hemşirelerin uygulamalarını etkilediği (Henderson 2001), bu nedenle kadına yönelik şiddetin taranmasında ilk olarak hemşirelerin tutumlarının ele alınması gerekliliği (Schoening ve diğ. 2004) ve hemşirenin tutumunun şiddete uğramış kadının saptanması ve bakımında önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Corbally 2001). Bu bulgular çalışma grubumuzdaki hemşire ve ebelerin şiddete karşı onaylamayan bir tutuma sahip olmasının bilgi ve beceriyle desteklenirse şiddeti ele alma rollerini yerine getirmede olumlu katkısı olacağını düşündürmektedir.

Yaşları 36 ve üzerinde olanların şiddet konusunda daha onaylayıcı tutuma sahip olduğu görülmüştür ($p<0.020$), (Tablo 3). Gömbül (2000)'ün çalışmasında yaş arttıkça şiddete ilişkin tutumda geleneksel değerlerin etkisinin kuvvetlendiği vurgulanmaktadır. Bu bulgular özellikle 36 yaş ve üzerindeki hemşire ve ebelerin mesleki eğitimlerinde şiddet konusunda yaklaşımlarında bir değişim yaşayamadıkları ve dolayısıyla şiddet olgusuyla karşılaştığında mesleki yaklaşımlarının profesyonelliği yansıtamayabileceğini düşündürmüştür.

Ekonomik durumunu iyi ve orta olarak algılayanların kötü olarak algılayanların puan ortalamalarından daha onaylayıcı bulunmuştur (Tablo 3). Ekonomik yetersizliğin bireylerin şiddet tutumları üzerinde etkili olabileceği belirtilirken (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu 1998), hemşire ve ebelerin sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanlarda şiddetin daha kabul edilebilir olması bulgusu ilginçtir.

Yaşamının çoğunu ilçede geçirenlerin, ilde geçirenlere göre daha onaylayıcı tutuma sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Taş ve diğ. (1993)'nin yaptığı çalışmada kırsal kesimde yaşayan kadınların şiddeti onaylama oranları daha yüksektir. Kırsal bölgelerde yaşamış hemşire ve ebelerin daha geleneksel bir tutuma sahip oldukları ve dolayısıyla şiddete yönelik tutum yönünden özellikle ele alınması gerektiği söylenebilir.

Yaşamı boyunca bir ya da iki kez şiddete maruz kalanların yaşamı boyunca hiç şiddete uğramayanlara göre daha onaylayıcı tutuma sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.016$), (Tablo 3). Şiddet gören hemşire ve ebelerin şiddet deneyimi yaşamış olmaları kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımları ile sorun konusunda bilgilenmeye katkıda bulunurken eş dövmeye karşı onaylayıcı bir tutuma yol açması dikkat çekicidir. Şiddet yaşamının şiddeti kanıksamada ve onaylama yönünde bir etki oluşturduğu düşünülebilir. Bunun yanında, bireyin şiddeti onaylayıcı ve kabullenici bir tutuma sahip olmasının yaşadığı şiddetin sürmesinde bir etken olarak da göz önünde bulundurulması gerektiği söylenebilir.

Mesleki yaşamda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşanların karşılaşmayanlara göre daha onaylayıcı tutuma sahiptir (Tablo 3). Mesleki deneyim yaşama fırsatı bulma tutum geliştirmede etkili olabileceği düşünülürken onaylayıcı tutuma sahip olma bulgusu ilginçtir.

Bunun yanında “Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma” ölçeği ve “Eş Dövmeye İlişkin Tutum” ölçeği toplam puanları ile yapılan korelasyon analizi de bilgi durumunun tutumla ilişkili olmadığını göstermektedir ($p>0.05$). Bu bulgu-

lara dayanarak hemşire ve ebelerin şiddet belirtilerini tanıma ve şiddeti ele almada sahip oldukları bilginin tutumlarını etkileyecek özellikte olmadığı düşünülebilir.

Sonuç

Hemşire ve ebelerin çok azının mezuniyet öncesi ve sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığını ve birinci basamakta çalışma süresi, geçmişte şiddete uğrama öyküsü ve sıklığının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunda önemli faktörler olduğunu göstermiştir. Hemşire ve ebelerin eş dövmeye karşı genel olarak onaylamayan bir tutuma sahip olduğu, daha ileri yaşta olanların, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların, yaşamında en uzun süre ilçede yaşayanların, geçmişte 1-2 kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı daha onaylayıcı bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda: Hemşirelik ve ebelikte mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde kadına yönelik şiddet konularının yer alması, birinci basamakta çalışan hemşirelerin uygulamaları sırasında karşılaştıkları ve izledikleri her kadında şiddet olasılığını sorgulamaları, 15-49 yaş, gebe-loğusa ve bebek izlem formlarında kadına yönelik şiddetin önemli belirtilerine ilişkin sorgulamaların yer alması önerilebilir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: S K, B A

Veri toplama ve/veya analiz: S K, B A

Makalenin hazırlanması: S K, B A

Kaynaklar

Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1995) *Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları*. Bizim Büro Basımevi, Ankara.

Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu (1998) *Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet*. T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Baysan L (2006) Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 16(2), 101-112.

Bryant SA, Spencer GA (2002) Domestic violence: What do nurse practitioners think? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 14(9), 421-427.

Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Dall H, Thomas J (2001) Domestic violence: A comparative survey of levels detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. *Public Health* 115, 89-95.

Carson VB (2000) *Mental health nursing, the nurse-patient journey*. Second Edition, WB Saunders Company, USA, 991-1040.

Christofides N, Silo Z (2005) How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in north-west province South Africa. *Nursing and Health Sciences* 7(9), 9-14.

Corbally MA (2001) Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A and E departments: A literature review. *Accident and Emergency Nursing* 9, 27-37.

Cox H, Cash P, Hana B, D'Aretey-Tehen F, Adams C (2001) Risky business: Stories from the field of rural community nurses' work in domestic violence. *Australian Journal Health* 9, 280-285.

Early MR, Williams AW, Arbor A (2002) Emergency nurses' experience with violence: Does it affect nursing care of battered women? *Journal Emergency Nursing* 28, 199-204.

Frost M (1999) Health visitors' perceptions of domestic violence : The private nature of the problem, *Journal of Advanced Nursing* 30(3), 589-596.

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

Haggblom AME, Möller AR (2005) Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences* 7, 235-242.

Haj-Yahia MM (1998) Beliefs about wife beating among palestinian women. *Violence Against Women* 4, 533-539.

Hayman I, Guruge S, Stewart ED, Ahmad F (2000) Primary prevention of violence against women. *Women's Health Issues* 10(6), 288-293.

Henderson A (2001) Factors influencing nurses' responses to abused women what they say they do and why they say they do it. *Journal of Interpersonal Violence* 16(12), 1284-1306.

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

Klein E, Campbell J, Saler E, Ghez M (1997) *Ending domestic violence changing public perception halting the epidemic*. Sage Publications, California.

Lazenbatt A, Taylor J, Cree L (2009) A healthy settings framework: An evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery* 25, 622-636.

Lazenbatt A, Thompson-Cree MEM, McMurray F (2005) The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery* 21, 322-334.

McCosker H, Madl R, Harris M, Anderson D, Mannion J (1999) Evaluation of a self-paced education package on violence against women for rural community-based health workers. *Australian Journal of Rural Health* 7(1), 5-12.

Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S (2003) Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOC: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110, 744-752.

Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH (1998) Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *JOGNN* 27, 175-182.

Nelms TP (1999) An educational program to examine emergency nurses' attitudes and enhance caring intervention with battered women. *Journal of Emergency Nursing* 25(4), 290-293.

Peckover S (2003) Health visitors' understanding of domestic violence, issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 44(2), 200-208.

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

Sakallı N (2001) Belief about wife beating among Turkish college students: The effects of patriarchy, sexism and sex differences. *Sex Roles* 44(9-10), 599-610.

Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal S (2004) Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *JOGNN* 33(5), 572-579.

Taş AK, Uyanık D, Karakaya Z (1993) *Şiddeti içselleştiren kadın profili: Türkiye için nicel bir yaklaşım*. Retrieved October 1, 2007, from, http://www.die.gov.tr/paper1_5rev.pdf

Tel H (2002) Gizli sağlık sorunu: Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(2), 1-9.

Turla A (2006) Kadına yönelik şiddet ve sorunun çözümünde sağlık personelinin rolü. *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi* 18(8), 59-66.

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. Retrieved February 12, 2007, from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003>.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Retrieved May 12, 2009, from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008>.

Watts N (2004) Screening for domestic violence, a team approach for maternal/newborn nurses. *AW-HONN Lifelines* 8(3), 211-219.

Williamson E (2000) Documentation and naming. *Domestic Violence and Health the Response of the Medical Profession*. The Policy Press, Bristol.

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.

Woodtli MA (2001) Nurses' attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *Journal of Holistic Nursing* 19, 340.

Yıldırım A (1998) *Sıradan Şiddet*. Boyut Yayınları, İstanbul.