

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



GEBELİKTE AİLE İÇİ ŞİDDETİN KORTİZOL HORMON
SALINIMI VE YENİDOĞANA ETKİSİ

SEZER AVCI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP
2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE AİLE İÇİ ŞİDDETİN KORTİZOL HORMON
SALINIMI VE YENİDOĞANA ETKİSİ

SEZER AVCI

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Doktora Programı için öngördüğü

DOKTORA TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. TÜLAY ORTABAĞ

GAZİANTEP

2019



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE
DOKTORA KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi **Sezer AVCI** tarafından hazırlanan “**Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Sahnımı ve Yenidoğana Etkisi**” başlıklı tez, 09/04/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Zerrin PELİN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Fatma ERSİN Harran Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi GHF	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve hep örnek aldığım tezim süresince de desteğini hep hissettiğim saygıdeğer danışmanım Prof.Dr. Tülay ORTABAĞ'a,

Tez izleme jürisinde yer alan çok değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. Zerrin PELİN'e ve Sayın Prof.Dr. Nuran TOSUN'a,

Tez çalışmamda kullanılmış olan sarf malzemelerin, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP/2018/001) kapsamında temin edilmesinde desteğini esirgemeyen Hasan Kalyoncu Üniversitesi Eski Rektörü Sayın Prof.Dr. Tamer YILMAZ'a,

Tezimin istatistiğinde özveriyle desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Betül TOSUN'a,

Tezimdeki kortizol hormon düzeylerinin çalışılmasında yardımcı olan Gaziantep Üniversitesi Biyokimya Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Prof.Dr. Seyithan TAYSI ve Arş.Gör. Hasan ULUSAL'a,

Tez çalışmam boyunca beni motive edip bu sonuca inandıran Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü tüm öğretim üyelerine ve çok sevdiğim değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında gebelere ve lohusalara ulaşmamda yardımcı olan Gaziantep Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan değerli hemşire ve ebe arkadaşlarıma,

Tez çalışmalarım süresince beni destekleyen, motive eden ve her zaman yanımda durarak çalışmamın zorluklarına katlanmamda bana sabırla yol gösteren eşim Bayram Avcı'ya, beni yetiştiren ve bugünlere gelmemde hep destek olan sevgili anneme, varlıklarıyla beni onurlandıran oğullarım Mehmet Anıl ve Semih Göktuğ'a,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Sezer AVCI. Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Gaziantep. 2019. Kadın sağlığını olumsuz olarak etkileyen aile içi şiddet olgusu, gebelik döneminde de devam edebilmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada gebelerin şiddet açısından gebelik süreci boyunca sadece bir kez değerlendirildiği, özellikle tüm gebelik sürecini kapsayacak şekilde yapılan, perinatal sonuçları ve doğum sonrası süreci de değerlendiren çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, gebelikte aile içi şiddetin kortizol hormon salınımına, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve emzirme durumuna olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Gaziantep Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'nde takipli yaklaşık 412 gebe oluşturmuştur. Ancak kayıpların olabileceği tahmin edilerek 255 gebeye ulaşılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu, KYAİŞBÖ (Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nden oluşmaktadır. Çalışmamızda gebelere üç izlem yapılmıştır. Her izlemde ve yenidoğandan da kortizol hormon düzeyi için tükürük örneği alınmıştır. Birinci izlemde 2.trimesterdeki gebelere (14-26.hafta) soru formu, KYAİŞBÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. İkinci izlemde 3.trimesterdeki gebelere (27-41.hafta) ve üçüncü izlemde lohusa annelere Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin %9.8'inin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. KYAİŞBÖ faktörlerinin ilki olan 'Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet'in ortalama puanının diğer faktörlere göre en yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre, üçüncü izlemindeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalma durumuyla bebeklerin doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ülkemizde kadına yönelik aile içi şiddeti önlemeyi hedefleyen hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması, hizmetlerdeki aksaklıkların nedenlerinin belirlenmesi ve etki analizlerinin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelikte şiddet, Kortizol, Yenidoğan, Emzirme.

ABSTRACT

Sezer AVCI. The Effect of Domestic Violence During Pregnancy on Cortisol Hormone Release and Newborn. Hasan Kalyoncu Üniversty. Department of Nursing. PhD Thesis. Gaziantep. 2019. The phenomenon of domestic violence that adversely affects women's health can also continue during pregnancy. Although many studies were conducted in Turkey, the issue of being exposed to domestic violence during pregnancy only once took place in those studies. It has been found that especially the number of the studies which focus on the whole duration of pregnancy including the evaluation of perinatal outcomes and the postpartum period is low. In this study, it was aimed to determine the effect of domestic violence during pregnancy on the release of cortisol hormone, premature birth, low birth weight, and breastfeeding. The population of the study consisted of approximately 412 pregnant women in Gaziantep Halide Alevli Family Health Center. However, it was estimated that there could be data losses. Therefore, 255 pregnant were reached. The data collection tools were the questionnaire form developed by the researcher, DVWDS (Domestic Violence to Women Determination Scale) and Breastfeeding Self-Efficacy Scale. In our study, three follow-ups were performed. At each follow-up and from each newborn, saliva samples were taken for cortisol hormone level. In the first follow-up, the questionnaire, DVWDS, and Breastfeeding Self-Efficacy Scale were applied to the pregnant in the second trimester (14-26 weeks). In the second follow-up, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale was applied to the pregnant in the 3rd trimester (27-41 weeks), and in the third follow-up, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale was applied to the puerperal mothers. It was determined that 9.8% of the pregnant women were exposed to violence by their spouses. The mean score of the first factor of DVWDS "inflicting physical violence to the degree that is damaging the body integrity" have been found to be the highest among the factors. It was found that there was a statistically significant difference between the mean score of Breastfeeding Self-Efficacy Scale in the third follow-up of those who were exposed to domestic violence during pregnancy ($p<0.05$). It was found that there was a statistically significant difference between the exposure to domestic violence during pregnancy and the birth week of infants ($p<0.05$). It was found that there was a statistically significant difference in the mean score of cortisol hormone levels of infants between those who were exposed to domestic violence during pregnancy and those who were not ($p<0.05$). In Turkey, it is necessary to ensure the continuity of services aimed at preventing domestic violence against women, to determine the causes of service failures and to perform impact analyzes.

Keywords: Pregnancy, Violence During Pregnancy, Cortisol, Newborn, Breastfeeding.

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	viii
ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
TABLO DİZİNİ.....	x
GRAFİK DİZİNİ.....	xii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1.GİRİŞ	
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Aile Kavramı ve Aile Sağlığı.....	5
2.2. Aile İçi Şiddet Kavramı.....	6
2.3. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.....	7
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Tarihçesi.....	9
2.5. Kadına Uygulanan Şiddet Türleri.....	10
2.5.1. Fiziksel şiddet.....	10
2.5.2. Duygusal/Psikolojik şiddet.....	11
2.5.3. Cinsel şiddet.....	11
2.5.4. Ekonomik şiddet.....	12
2.6. Şiddet Döngüsü.....	13
2.7. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri.....	14
2.8. Şiddet Uygulayan Erkeğin Özellikleri.....	16
2.9. Şiddet Uygulanan Kadının Özellikleri.....	17
2.10. Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri.....	17
2.11. Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri.....	18
2.11.1. Şiddetin kadın sağlığına olan fiziksel etkileri.....	19
2.11.2. Şiddetin kadın sağlığına olan sosyal etkileri.....	20

2.11.3. Şiddetin cinsel sağlık ve üreme sağlığına olan etkileri.....	20
2.11.4. Şiddetin kadının ruh sağlığına etkileri.....	20
2.11.5. Gebelikte şiddetin kadın ve yenidoğan sağlığına olan etkileri	21
2.12.Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Çocuğa Yansıması.....	22
2.13. Şiddetin Kortizol Hormonuna Etkisi.....	24
2.13.1. Kortizol	24
2.13.2. Endokrin sistem	24
2.13.3. Kortizolün etkileri.....	25
2.14. Dünyada Kadına Yönelik Şiddetin Durumu.....	26
2.15. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu.....	29
2.16.Uluslararası Düzeyde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Yapılan Uygulamalar.....	32
2.17.Ulusal Düzeyde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Yapılan Uygulamalar.....	36
2.17.1. TCK (Türk Ceza Kanunu)’da kadına yönelik şiddetle ilgili uygulamalar.....	41
2.17.2. TMK (Türk Medeni Kanunu)’da kadına yönelik şiddetle ilgili uygulamalar.....	41
2.18. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler.....	41
2.19. Şiddetten Korunma Stratejileri.....	45
2.20.Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Sağlık Çalışanları ve Hemşirelerin Sorumlulukları.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	52
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	52
3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	52
3.5. Veri Toplama Araçları.....	53
3.5.1. Anket formu	53
3.5.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği (KYAİŞBÖ).....	54
3.5.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği.....	54
3.6. Verilerin Toplanması.....	55
3.6.1. Kortizol hormon düzeyi ölçümü.....	57
3.6.2. Kortizol hormon düzeyi tükürük örneklerinin alımı için sağlanan şartlar.....	58
3.6.3. Veri sayısı ile ilgili olan değişikliklerin sebepleri	59
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	61

3.7.1. Kadına yönelik aile içi şiddeti belirleme ölçeği'ne verilen yanıtların puanlara dönüştürülmesi işlemi	62
3.7.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne verilen yanıtlardan elde edilen puanların standardizasyonu ve ortalama toplam puanların elde edilmesi.....	62
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	63
3.10. Araştırmanın Bütçesi.....	65
3.11. Araştırmanın Danışmanlık Hizmeti.....	65
4. BULGULAR	
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguları.....	66
4.2. Gebelerin Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları, Obstetrik Öyküsü, Şu Anki Gebelikleri ve Sahip Oldukları Bazı Risk Faktörleri İle İlgili Bulguları.....	69
4.3. Gebelerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri İle İlgili Bulguları.....	74
4.4. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne Ait Bulguları.....	77
4.5. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ne Ait Bulgular.....	79
4.6. Yenidoğan İle İlgili Sonuçlara Ait Bulgular.....	91
4.7. Gebelerin Kortizol Hormon Düzeyi Sonuçlarına Ait Bulguları.....	93
5. TARTIŞMA	
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguların Tartışması.....	101
5.2. Gebelerin Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları, Obstetrik Öyküsü, Şu Anki Gebelikleri ve Sahip Oldukları Bazı Risk Faktörleri İle İlgili Bulguların Tartışması.....	103
5.3. Gebelerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri İle İlgili Bulguların Tartışması.....	106
5.4. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne Ait Bulguların Tartışması.....	109
5.5. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ne Ait Bulguların Tartışması.....	110
5.6. Yenidoğan İle İlgili Sonuçlara Ait Bulguların Tartışması.....	115
5.7. Gebelerin Kortizol Hormon Düzeyi Sonuçlarına Ait Bulguların Tartışması.....	116
6. SONUÇ VE ÖNERİ	
6.1. SONUÇLAR.....	119
6.2. ÖNERİLER.....	121
6.3. SINIRLILIKLAR.....	122
KAYNAKLAR.....	123
EKLER.....	146

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek 2. Etik Kurul Onay Form

- Ek 3. Etik Kurul Kararı
- Ek 4. Kurum İzinleri
- Ek 5. Veri Toplama Formları
- Ek 6. KYAİŞBÖ'nin Faktörleri ve Değişkenleri
- Ek 7. KYAİŞBÖ'ndeki Tüm Faktörleri Oluşturan Alt Başlıkların Dağılımı
- Ek 8. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu
- Ek 9. Araştırmanın Danışmanlık Hizmet İçeriği
- Ek 10. Ölçek Kullanım İzinleri
- Ek 11. İntihal Raporu
- Ek 12. Kısa Özgeçmiş



TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Doktora tezi olarak sunduğum ‘Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi’ başlıklı çalışmanın tarafımca bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.



02.04.2019

Sezer AVCI

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller

		Sayfa
Şekil 2.6.1.	Şiddet Döngüsü	No 14
Şekil 3.6.1.	Verilerin Uygulandığı İzlem Basamakları, İçerikleri ve Sayı Değişiklikleri	56
Şekil 3.9.	Araştırmanın İş-Zaman Çizelgesi	64



TABLO DİZİNİ

Tablolar		Sayfa No
Tablo 4.1.1.	Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	66
Tablo 4.1.2.	Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	67
Tablo 4.1.3.	Gebelerin Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 4.2.1.	Gebelerin Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 4.2.2.	Gebelerin ve Eşlerinin Alkol ve Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	70
Tablo 4.2.3.	Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	70
Tablo 4.2.4.	Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 4.2.5.	Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 4.2.6.	Gebelerin Gebelik Sırasındaki Riskli Durumlarına Göre Dağılımı..	73
Tablo 4.2.7.	Gebelerin Gebelik Sırasında Strese Sebep Olan Durumlarına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 4.3.1.	Gebelerin Gebelikte Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Şiddet Türlerinin Dağılımı.....	74
Tablo 4.3.2.	Gebelerin Gebelikte Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerinin Şekillerine Göre Dağılımı.....	75
Tablo 4.4.1.	Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ni Oluşturan 9 Faktörden Elde Edilen Standardize Puanların Ortalamalarının Dağılımı.....	77
Tablo 4.5.1.	Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	79
Tablo 4.5.2.	Gebelerin Birinci ve İkinci İzlemindeki, İkinci ve Üçüncü İzlemindeki, Birinci ve Üçüncü İzlemindeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	80
Tablo 4.5.3.	Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	81
Tablo 4.5.4.	Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Toplam Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	82
Tablo 4.5.5.	Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelik Sayısına Göre Dağılımı.....	83

Tablo 4.5.6.	Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelikleri Sırasında Strese Sebep Olan Durumlarına Göre Dağılımı.....	84
Tablo 4.5.7.	Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelikte Aile İçi Şiddete ve Şiddet Türlerine Maruziyet Durumlarına Göre Dağılımı.....	85
Tablo 4.5.8.	Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Belirleme Ölçeği'nden Elde Edilen Faktörlerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonların Dağılımı.....	87
Tablo 4.6.1.	Yenidoğanın Ait Özelliklerin Dağılımı.....	91
Tablo 4.6.2.	Gebelikte Aile İçi Şiddete Maruziyet Durumunun Yenidoğanın Özelliklerine Göre Dağılımı.....	92
Tablo 4.7.1.	Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarının Dağılımı.....	93
Tablo 4.7.2.	Gebelerin Birinci ve İkinci İzlemindeki, İkinci ve Üçüncü İzlemindeki, Birinci ve Üçüncü İzlemindeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	94
Tablo 4.7.3.	Gebelerin ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	95
Tablo 4.7.4.	Gebelerin Aile İçi Şiddete ve Şiddet Türlerine Maruziyet Durumunun Kortizol Hormon Düzeylerine Göre Dağılımı.....	97
Tablo 4.7.5.	Üçüncü İzlemdaki (Lohusaların) ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Yenidoğanın Özelliklerine Göre Dağılımı.....	99
Tablo 4.7.6.	Üçüncü İzlemdaki (Lohusaların) ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı.....	100

GRAFİK DİZİNİ

Grafikler

	Sayfa
Grafik 4.5.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	No 79
Grafik 4.7.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarının Dağılımı	93



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
AİHM	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AK	Avrupa Konseyi
ANA	American Nursing Association-Amerikan Hemşireler Birliği
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
Bianet	Bağımsız İletişim Ağı
CEDAW	Convention on The Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRH	Kortikotropin Releasing Hormon
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay (Enzime bağlı immunosorbent yöntem)
KAMER	Kadın Dayanışma Merkezi
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
ŞÖNİM	Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	Türk Ceza Kanunu
TMK	Türk Medeni Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO/DSÖ	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Aile, davranış kalıplarının ve değer sisteminin ilk oluştuğu yer olarak önem taşır. Temel davranışlar, değerler ve tutumlar öğrenme ile yeni nesillere aile ortamında aktarılmaktadır. Aile ortamında öğrenilen bilgiler toplumun yapısal yönden değişimini belirlemektedir (1). Bireyin veya ailenin sağlık davranışları da birbirinden etkilenmektedir (2). Bireyler arasında sağlıklı ilişkilerin kurulabilmesi için, öncelikle aile içindeki ilişkilerin sağlıklı olması gerekmektedir (3).

Sosyal ilişkilerin ilk olarak şekillendiği aile ortamında küreselleşme ile oluşan değer yargıları bir tür değişim sürecine girmiştir. Bu değişim neticesinde aile içi problemler artmıştır ve bu aile içi sorunların çözülememesi, aile içi şiddet kavramını ortaya çıkarmıştır (4). Bireyin çocuklarına, anne ve babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına ve eşine yönelik onların fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik bağımsızlığını etkileyen hareketler aile şiddet kavramını ifade etmektedir (5,6).

Kadınlar, aile içi şiddete daha çok eşleri tarafından maruz kalmakta olup sevgilisinden, babasından ve erkek kardeşinden de şiddet görebilmektedir (7). Evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %40.7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldıkları, kadınların %91'inin eşi, %22.7'sinin eşinin yakınları ve %19.7'sinin ise kendi yakınları tarafından şiddet gördükleri belirlenmiştir (8). Türkiye'de 2014 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda ülke genelinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %36, duygusal şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %44, ekonomik şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %24 ve cinsel şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı ise %12'dir (9). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün sistematik araştırmaları sonucunda 2013 yılında yayınlanan raporunda tüm dünyadaki kadınların, %35'inin ya partneri (eşi veya birlikte yaşadığı kişi) tarafından fiziksel veya cinsel şiddete ya da partneri olmayan bir kişinin cinsel şiddetine maruz kaldıkları belirlenmiştir (10).

Hayatının her döneminde şiddete maruz kalabilen kadın, yaşamında özel bir öneme sahip olan gebelik sürecinde de şiddete maruz kalabilmektedir (11,12). Oysaki kadının hem gebeliğini ve annelik rolünü benimsemesi, hem de daha insancıl bakım alacağı bir ortamda yaşamını sürdürmesi, kadının olduğu kadar doğacak çocuğun sağlıklı olması açısından da önemlidir (13). Gebelik döneminde de devam etmekte olan şiddet, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, preterm eylem, düşük, fetal gelişme geriliği, düşük doğum

ağırlıklı bebek gibi birçok olumsuz sağlık sorununa yol açabilmektedir ve hatta bazen kadının ölümü ile sonuçlanabilmektedir (14,15). Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebek ile bebek ölümlerinin en önemli nedeni gebelikteki şiddete maruziyettir (16). Çünkü şiddet nedeniyle stres rahimdeki kan akışını sınırlar, kan damarlarının daralmasına neden olur ve kortizol seviyeleri yükselir (17).

Aile içi şiddetin bir diğer yönü ise bu durumun kuşaktan kuşağa geçmesidir ve yalnızca şiddet gören kişinin sağlığını bozmamaktadır, şiddete tanık olan çocukların da psikolojik ve sosyal sağlığını hem çocukluk dönemlerinde hem de yetişkinliklerinde etkilemektedir (18,19).

Toplumsal cinsiyet temelinde özgürlük ihlali olan kadına yönelik şiddet, kadınların toplumsal ve ekonomik yaşamda yer alma haklarından yoksun kalmalarına yol açan, neden olduğu ölümler, sakatlıklar ve kadın sağlığı üzerindeki birçok etkilerden dolayı da önemli bir toplum sağlığı sorunudur (20,21). Kadına yönelik şiddet yeni bir olgu değildir. Ancak günümüze kadar görünmeyen görmezden gelinen bir gerçeklik olarak genellikle saklı tutulan, gizlenen bir gerçektir. Bugün artık bildiğimiz bilemediğimiz yürekli insanların çabaları ile artık konuşabildiğimiz ve ortadan kalkması için mücadele etmemiz gereken bir sorunu olarak gündemdeki yerini almıştır. Çözümlemesi yönünde Türkiye’de atılan adımlar 1990 ‘lı yıllardan itibaren başlamıştır (22). KSGM (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü) tarafından kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele etmek, politikalar ve programlar oluşturabilmek için ulusal düzeyde veri ihtiyacının karşılanması için Ülkemizde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008 yılında yapılmıştır. 2013-2014 yıllarında tekrarlanan bu araştırmayla, son beş yıl içerisinde şiddet yaygınlığındaki farklılaşmanın ortaya koyulması, yürütülen politika ve programların etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır (9).

Kadına yönelik şiddet kavramı, uluslararası insan hakları hukuku alanında ilk kez 1993 yılında “Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi”nde tanımlanmıştır (23). İstanbul Sözleşmesi olarak da adlandırılan “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi”, kadına yönelik şiddetle mücadelede uluslararası alanda atılmış oldukça önemli bir adımdır. Ülkemiz, Sözleşmeyi 2011 yılında ilk imzalayan ülkeler arasında yer alarak ve çekincesiz onaylayarak kadına yönelik şiddetle mücadele konusundaki kararlılığını ortaya koymuştur (9). Bununla birlikte, İstanbul Sözleşmesi’nin iç hukuka yansıtılması amacıyla, Sözleşme tedbirlerine uygun şekilde “6284 Sayılı Ailenin

Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” hazırlanarak 2012 yılında yürürlüğe konmuştur (24).

Dünyada, özellikle 20. yüzyılın son on yılında hız kazanan araştırma ve incelemeler, kadına karşı şiddetin hem yaygınlığına hem de nedenlerine ve sonuçlarına ilişkin önemli ölçüde bilgi birikimi sağlamıştır (25). Dünya’da üç kadından birinin çoğunlukla eşi tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (26). AB (Avrupa Birliği) ülkelerindeki durum araştırıldığında da kadına yönelik şiddetin de yaygın bir sorun olduğu görülmektedir. AB Temel Haklar Ajansı tarafından 2013 yılında 28 AB üyesi ülkede, 42.000 kadınla yüz yüze gerçekleştirilen “Violence Against Women: An EU-Wide Survey” adıyla gerçekleştirilen kadına yönelik şiddet araştırmasının sonuçlarına göre; her üç kadından birinin 15 yaşından sonra en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (27).

Kadına yönelik şiddeti önlemek için ulusal ve uluslararası düzeyde birçok eylem ve planlar uygulanmaktadır (28). AK (Avrupa Konseyi) tarafından 1949 yılında toplumsal cinsiyet eşitliği, kadının insan haklarının korunması, geliştirilmesi ve kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır ve halen de devam etmektedir (29). Kadına yönelik şiddetle mücadele bağlamında BM (Birleşmiş Milletler) “2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”nde yasal olarak uygulanabilir mevzuatların kabul edilmesi ve güçlendirilmesi şeklinde birçok önemli alt başlıklardan oluştuğu görülmektedir (30).

Kadına yönelik şiddet, her kapsamda çok yönlü mücadeleyi gerektiren bir olgudur. Tüm bu ulusal ve uluslar arası yapılan düzenlemelerin ve kurumsal yapıların etkin bir şekilde hayata geçirilmesinin kaynağı ise kadına yönelik şiddet olgusunun niteliğini doğru kavrayan ve doğru müdahalelerde bulunan insan gücüne dolayısıyla sağlık çalışanlarına ihtiyaç vardır (31). Hemşireler, aile içi şiddeti tespit etmede sağlık çalışanları arasında doğal liderlerdir (32). Bu bağlamda, kadının ilk başvuru yaptığı birinci basamakta çalışan sağlık personelleri tarafından kadına şiddetin erken tespiti yapılabilmektedir (33). Hemşireler şiddet gören bireye nasıl yaklaşacağını, şiddeti nasıl tespit edeceğini ve nasıl danışmanlık yapacağını bilmelidir (34). Şiddet değerlendirmeleri sağlık çalışanları tarafından doğum öncesi dönemlerde yapılabilir ve diğer periyodik izlemlerde de rutin olarak devam edebilir (35).

1.2. Araştırmanın Amacı

Kadın sağlığını olumsuz olarak etkileyen dñnyada ve ÷lkemizde önemli bir toplumsal sorun olan aile içi Şiddet olgusu, maalesef gebelik dñneminde de devam edebilmektedir. Gebelikte Şiddete maruziyet ile ilgili son zamanlarda yapılan çalışmalarda artış gör÷lmektedir. ÷lkemizde bu konu ile yapılan birçok çalışmada gebelerin Şiddet açasından gebelik süreci boyunca sadece bir kez değerlendirildiği, özellikle t÷m gebelik sürecini kapsayacak Şekilde yapılan, perinatal sonuçları ve doğum sonrası süreci de değerlendiren çalışma sayısının az olduğu gör÷lmektedir. Bu çalışma ile gebeliğinde aile içi Şiddet gñrenlerin kortizol hormonu ile ilişkisi ilk kez değerlendirilecektir. Gebelikte aile içi Şiddete bağlı olarak perinatal sonuçlar, doğum sonrası süreç ve gebenin hem doğum öncesi hem de doğum sonrası emzirmeye karşı olan tutumu değerlendirilecektir. Ayrıca bu çalışma ile yenidoğanın kortizol hormonu seviyesine ilk kez bakılacaktır.

Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar, bundan sonra bu konuda araştırma yapacak araştırmacılara ve Şiddeti önleme çalışmalarına temel oluşturacaktır. Bu bağlamda çalışmada, gebelikte aile içi Şiddetin kortizol hormon salınımına, erken doğuma, dñřük doğum ağırlığına ve emzirme durumuna olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Kavramı ve Aile Sağlığı

İnsanlık tarihi kadar eski ve toplumsal bir birim olan ‘aile kavramı’ yıllar boyunca yapısal ve biçimsel değişimler geçirse de 21. yüzyılda da önemini korumuştur ve biyolojik, sosyolojik, ekonomik, politik pek çok tartışmanın yapıldığı bir kavram olmuştur (36).

Ailenin evrensel bir tanımını yapmak kolay değildir. Genel olarak aile nüfusu kültürel faktörlerin taşındığı ve aktarıldığı, çocukların sosyalleşerek geleceğe hazırlandığı bir kurumdur (37). Aile insan neslinin devamını sağlayan, toplum olma sürecinin ilk adımının atıldığı, aile içi ilişkilerin belirli kurallar çerçevesinde olduğu, bulunduğu ana kadar toplumdaki maddi ve manevi değerleri nesilden nesile taşındığı biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve hukuksal yönlerin bulunduğu toplumsal bir birimdir (38). Aile kavramıyla ilgili pek çok farklı tanımlamalar olmasına rağmen, çoğu aile kuramcıları “yakın olan başka biriyle yaşayan ve bir mekanı paylaşan, iki veya daha fazla bireylerin olduğu, bazı duygusal bağların kurulduğu, birbiriyle ilgili sosyal durumların, roller ve görevlerin üstlenildiği, sevgi ve ait olma duygularının paylaşıldığı” düşüncesindedir (2).

Aile, davranış kalıplarının ve değer sisteminin ilk oluştuğu yer olarak önem taşır. Temel davranışlar, değerler ve tutumlar öğrenme ile yeni nesillere aile ortamında aktarılmaktadır. Aile ortamında öğrenilen şeyler toplumun yapısal yönden değişimini belirlemektedir (1). Her bir aile yapısı, fonksiyon ve gereksinimleriyle farklı işlevlere sahiptir (2,36,39). Bu işlevler, aile üyeleri tarafından aile fertlerinin bireysel gereksinimlerinin karşılandığı ve sürdürüldüğü davranışlar ve aktivitelerdir (2). Bu işlevlerin yerine getirilmesinde yaşanan zayıflık veya güçlülük diğer işlevleri de etkileyebilmektedir. Aile işlevlerinin aile ve üyeleri tarafından nasıl algılandığının bilinmesi gerekmektedir. Aile işlevlerinin algılanması siyasi, politik, sosyolojik ve ekonomik değişimlere göre farklılaşabilmektedir ve aile üyelerinin tutumlarını ve davranışlarını da etkileyebilmektedir (40). Günümüzde aile işlevlerini yerine getiren aile üyelerinin sağlığı yani aile sağlığı kavramı geçerli olmaktadır. Bu kavram bireylerin ve ailenin değerlerini, ilkelerini, uygulamalarını ve hatta sağlık davranışlarını da içine alan yaşam tarzları olarak biçimlenmektedir (2).

Aile sağlığı, her bir bireyin iyiliğinden hastalığına doğru, aile işlevlerinin nasıl iyi olabileceği ile ilgilidir. Aile sağlığı yalnızca bir üyenin sağlıklı olmasını ve diğer aile

üyeleriyle ilişkilerinin nasıl olduğunu içermez, aynı zamanda aile dışındaki toplulukla ilişkilerini de kapsar (41). Aildeki tüm bireyler aile sisteminin üyesidir, bu yüzden geçmişteki, şu andaki ve gelecekteki aile ilişkileri de bireylerin beklentilerinden, değerlerinden, inanışlarından ve davranışlarından etkilenmektedir (42). Bu durumda bireyin veya ailenin sağlık davranışları birbirini etkilemektedir (2). Bireyler arasında sağlıklı ilişkilerin kurulabilmesi için, öncelikle aile içindeki ilişkilerin sağlıklı olması gerekmektedir (43).

Modern yaşamın getirdiği imkanların yanında ihtiyaçların artması ve bu ihtiyaçların karşılanması için kadın-erkek ve çocukların çalışma hayatına girmesi durumunda birbirleri ile yeterince zaman geçiremeyen aile bireyleri arasında sosyal-duygusal anlamda kopmalara veya parçalanmalara kadar uzanan bir süreç yaşanabilmektedirler. Bu süreci sağlıklı yönetebilen aileler varlığını devam ettirebilmekteyken, oluşabilecek krizleri yönetemeyen aile bireyleri arasında boşanmalar olabilmektedir. Bu bağlamda aile içi sorunların çözülememesi, aile içi şiddet kavramını ortaya çıkarmıştır (44).

2.2. Aile İçi Şiddet Kavramı

Şiddet, hayatımızın her alanında var olan, giderek büyüyen ve engellenemeyen, maruz kalan bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını bozan bir tehlike olarak varlığını sürdürmektedir (3). Şiddet, insandaki en temel iki duygudan birinin kapsamına girer. Bu duyguların biri cinsellik, diğeri ise saldırganlıktır (4). Saldırganlık, esasen tehlikeli durumlardan korunmak için verilmiş olan bir duygudur. Hatta bu duygu hayvanlar alanında bile görülebilmektedir. Köşeye sıkıştırılan bir kedinin kendisini savunmak için gösterdiği saldırgan tavır da buna bir örnektir (45).

Şiddet, genel olarak başkalarını incitmeye veya onlara zarar vermeye yönelik kasıtlı davranışlardır. Yalnızca fiziksel saldırıyı değil; saldırganlığı, tehdit edici davranışları, aşağılamayı, ırksal veya cinsel tacizi de içermektedir (46). DSÖ tarafından şiddet, “fiziksel gücün veya kuvvetin bilerek yapılan bir tehdit olarak veya gerçek bir biçimde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açma ya da açma olasılığının olması” şeklinde tanımlanmaktadır (47). Aile içi şiddet ise; kişinin eşine, çocuklarına, ana-babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına yönelik uyguladığı hareketlerle onların fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel ve ekonomik bağımsızlıklarını ihlal eden, etkileyen hareketlerdir. Aile içi şiddet; aile fertleri arasında, birbirlerini kontrol etme

dürtüsüne dayanan, tehditten öldürmeye; cinsel saldırıdan hakarete kadar birçok değişik davranışı içermektedir (5,6).

Ebeveynlerden veya çocuklardan birisinin madde bağımlısı olması, değişik ekonomik sıkıntılardan dolayı ailenin yeterince gelire sahip olmaması gibi aile fertlerinin öz güvenlerini ve sosyo-ekonomik durumlarına zarar verecek boyutta devam eden ekonomik sorunlar, eşler arasında geçimsizlik olması ve boşanma öncesinde ortaya çıkan gerginlikler ve kavgalar, eşler arasında aldatma olması, ailenin, akraba ve komşuların desteğinden uzak olması, barınma imkânlarının elverişsiz olması, şiddetin toplumda ve yakın sosyal çevrede benimsenmesi ve yadırganmaması, annenin gebelik döneminde stres altında olması ve psikolojik sorunlarını çözememesi gibi durumlar aile içi şiddetin görülmesini etkileyen faktörler olarak sıralanabilir (38).

Aile içi şiddetin farklı türleri olduğu için tanımlamak oldukça kolaydır ancak tanımak zordur. Şiddet kavramı, birçok toplumda aynıdır ancak görülme şekli olarak farklılık göstermektedir. Aile içi şiddet, ailede genellikle birinin diğer kişiyi kontrolü altında tutmak için kullanılır. Aile içi şiddetin görülme oranları her zaman net olarak belirlenememiştir ve kültürel olarak aile içi şiddet ile ilgili algı, aile içi şiddetin gizli kalmasına neden olabilmektedir. Çoğunlukla güvenlik, çekinme, korku, bilgi eksikliği gibi nedenlerden dolayı aile içi şiddetin bildirimi yapılmamaktadır (6,47,48).

2.3. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Kadına karşı yapılan şiddet, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde “gizli ve üstü örtülü bir salgın (hidden and unacknowledged epidemic)” olarak nitelendirilmektedir (49). Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda kadına yönelik şiddet, “dünyadaki en yaygın fakat en az tanımı yapılmış insan hakları suistimali” olarak dile getirilmektedir. Ayrıca kadına yönelik şiddetin; kadınların insan haklarını ve temel özgürlüklerini ortadan kaldırdığı veya bu hak ve özgürlüklerden yararlanmalarını kısıtladığı, eşitlik, gelişme ve barışa ulaşmada bir engel olduğu belirtilmektedir (50).

Kadına yönelik şiddet kavramı, uluslararası insan hakları hukuku alanında ilk kez 1993 yılında “BM Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi”nde tanımlanmıştır. Bu bildirmede kadına yönelik şiddet; “ister kamusal isterse özel yaşamda gerçekleşebilen, kadınlarda fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan, cinsiyete dayanan davranışlarda tehdit etme ve özgürlükten

bilerek yoksun bırakan” şeklinde tanımı yapılmıştır. Ayrıca bu bildirmede fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik ve sözlü istismar ile namus cinayetleri, tecavüz, cinsel taciz, gıda kaynaklarından yoksun bırakma, sağlık hizmetlerine erişimin sınırlandırılması ve kız çocuklarının cinsel istismarı gibi birçok konu da kadına yönelik şiddet kapsamında incelenmiştir (23).

Ülkemiz tarafından 2011 yılında imzalanan ve onaylayan ülkeler bakımından 1 Ağustos 2014 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren İstanbul Sözleşmesi’nde ise kadına yönelik şiddet; “bir insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir biçimi olarak ele alınmıştır. İstanbul Sözleşmesi’ne uygun olarak hazırlanan 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun’da kadına yönelik şiddet; “kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan her türlü tutum ve davranış” olarak tanımlanmıştır (24).

Aile içi şiddet kavramı tüm dünyada ve Türkiye’de fazla görülen bir şiddet olgusudur (6,51). Kadınlar, aile içi şiddete daha çok eşleri tarafından maruz kalmakta olup sevgilisinden, babasından ve erkek kardeşinden de şiddete maruz kalmaktadır (7). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yayımladığı raporundada, şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir (47). Evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %40.7’sinin fiziksel şiddete maruz kaldıkları, kadınların %91’i eşi, %22.7’si eşinin yakınları ve %19.7’si ise kendi yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (8). Türkiye’de 2014 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda ülke genelinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %36, duygusal şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %44, ekonomik şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı %24 ve cinsel şiddete maruz kaldığını belirten evli olan kadınların oranı ise %12’dir. Başka bir ifadeyle, 10 kadından yaklaşık 4’ünün eşi veya aynı evi birlikte paylaştığı erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kaldığı tespit edilmiştir. Kadınların % 38’inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalması, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir (9).

Kadına yönelik özel alanda gerçekleşen şiddet yaygın olarak araştırmacılar tarafından aile içi şiddet (domestic violence-family violence against woman), eş istismarı (wife abuse-spouse abuse), hırpalanmış kadın (battered woman) ve kadına yönelik eş şiddeti (intimate partner violence against woman) kavramları ile ele alınmaktadır (52-59).

Bu kavramlardan kadına yönelik özel alanda gerçekleşen şiddetin boyutlarını anlatan en kapsayıcı ifadenin “kadına yönelik eş şiddeti” olduğu söylenebilir. Kadının özel alanda yaşadığı şiddet yalnızca aile içinde ele alındığında, evli olmayıp erkek arkadaşından ya da eski eşinden şiddet gören kadınların tanımlama dışında kalma olasılığı vardır. Bundan dolayı konu ile ilgili yapılan çalışmalarda son yıllarda “kadına yönelik eş şiddeti” (intimate partner violence against woman) kavramı kullanılmaktadır (23,60,61). Kadına yönelik eş şiddeti, kadına eski ve/veya şimdiki eşi ya da birlikte yaşadığı kişi tarafından uygulanan fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik olarak zarar veren eylemler olarak tanımlanmaktadır (21). DSÖ’de kadına yönelik eş şiddetini şöyle tanımlamıştır; kadına eşi ya da eski eşi tarafından fiziksel saldırganlık, cinsel taciz ve psikolojik istismar davranışlarını içeren eylemlerdir (61).

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Tarihçesi

Herakleitos’a göre, evren mücadelenin yaşandığı bir yerdir ve kavga herkes için ortaktır, adalet ise bir çatışmadır. Adalet bile kavgayla sağlanabilir. Dolayısıyla şiddet doğadır ve insan da doğanın bir parçası olarak şiddete maruz kalmaktadır. Bu nedenle doğanın parçası olan insanda şiddet vardır ve insanın çıkardığı savaş her şeyin babasıdır ve kralıdır (45). Asırlar öncesinde dile getirilen bu ifadeler şiddetin eski çağlardan beri insan fitratında var olduğunu göstermektedir. İkel toplumlardan endüstri ve modern toplumlara geçiş sürecinden sonra şiddet türleri çoğalmış, sözel ve fiziksel şiddetten başka sosyal, ekonomik, cinsel ve duygusal şiddet de toplumsal yaşamda görülmeye başlanmıştır. Günümüzde en gelişmiş toplumlarda bile şiddet önlenemez bir olgu olmaya devam etmektedir. Modern toplumlarda şiddet eylemlerinin artması, şiddet eylemlerinin gündelik yaşamın olağan bir fenomene dönüşmesine yol açmıştır (62).

Kadına yönelik şiddet kavramının oluşması, insanlığın var oluşundan berri çok eski dönemlere dayanmaktadır. 3000 yıl öncesine ait olduğu düşünülen arkeolojik buluntularda, erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 oranında kırığa rastlanmıştır. Kadın mumyalarda ise kemik kırıklarının %30-50 olduğu bildirilmektedir. Bu kırıklar kişiye yönelik şiddeti düşündüren kafa kırıklarıdır. Yunanlılarda kadına karşı ırza geçmeyi de içeren cinsel şiddet eylemleri savaş kuralları içerisinde kabul edilebilir davranışlar olarak görülmüştür (63-65).

Tarihsel olarak bakıldığında Roma döneminde ve 14. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar Avrupa’da ve Kuzey Amerika’da kadınlar eşlerinin mülkü olarak görülmekteydi ve bu

dönemlerde erkeklere, eşlerine bedensel cezalar veya başka yöntemlerle cezalandırma ve disiplin uygulama hakkı verilmekteydi (66).

Orta çağda ise erkeğin kadına karşı her türlü zor kullanmasının yasalarla desteklendiği ve yaygın olduğu bildirilmektedir. Kadına yönelik şiddete ilişkin yasal çalışmalar ise 1800'lü yıllarda başlamıştır. Kadına şiddeti suç sayan ilk yasa Maryland'de 1883'te yapılmıştır. 1960'lı yıllara kadar kadına yönelik şiddet yabancıların saldırısı ve tecavüzüyle sınırlı olarak ele alınmıştır (67).

Ülkemizde de yakın geçmişe kadar erkek tarafından uygulanan aile içi şiddet 'normal' olarak görülmüştür, hatta erkeğin 'hakkı' ve 'görevi' olarak kabul edilmiştir. Kadına yönelik şiddetin geçmişi çok eski iken ülkemizde son elli yıldır konu hakkında yapılan bilimsel çalışmalara ağırlık verilmiştir (68).

2.5. Kadına Uygulanan Şiddet Türleri

Hem uluslararası hem de ulusal mevzuatta kadına yönelik şiddetin yalnızca fiziksel olmadığı, cinsel, psikolojik veya ekonomik şekilde de meydana gelebileceği belirtilmektedir. Bu çerçevede kadına yönelik şiddet genellikle; fiziksel şiddet, ekonomik şiddet, cinsel şiddet ve psikolojik/duygusal şiddet olarak gruplandırılmaktadır (69).

2.5.1. Fiziksel Şiddet

Başkasının vücut bütünlüğüne zarar veren, ona acı çektiren her türlü saldırı fiziksel şiddet olarak nitelendirilir (69). Fiziksel şiddet; tokat, yumruk ve tekme atmak, itmek, ısırarak, kolunu bükme, boğazını sıkma, kesici ya da delici bir alet ile yaralama, işkence yapmak, ateşle ya da kaynar suyla yakmak gibi yöntemleri kapsamaktadır (70). Bireyin fiziksel olarak zarar görmesine neden olan her türlü eylem olan fiziksel şiddet, sağlıksız koşullarda yaşamaya mecbur bırakma, töre ve namus cinayetini de içermektedir (69). Fiziksel saldırı, basit yaralanmadan hayati tehlike içeren yaralanmalara kadar sonuçlanabilir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda fiziksel şiddet; kasten öldürme (81.madde), kasten yaralama (86.madde), taksirle yaralama (89.madde), eziyet (96.madde), tehdit (106.madde), işkence (94.madde) ve kötü muamele (232.madde) gibi suçlarla cezalandırılmaktadır. Bu suçlar özellikle çocuklara ve aile fertlerine karşı işlendiğinde ceza ağırlaştırılmaktadır (71).

Ülkemizde 2014 yılındaki Araştırma'ya göre; yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranının %36 olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, her 10 kadından yaklaşık dördü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır (9).

2.5.2. Duygusal/Psikolojik Şiddet

Birine karşı psikolojik baskı uygulamak, aşağılamak, onu kontrol etmek veya cezalandırmak amacıyla onu toplumdan soyutlamak için uygulanan her türlü hareket duygusal şiddettir (70). Psikolojik şiddet; bağırarak, korkutmak, küfür etmek, tehdit etmek, hakaret etmek, eve kapatmak, küçük düşürmek, lakap takmak, kadının nasıl giyineceği, nereye gideceği, kimlerle görüşeceği konusundabaskı yapmak, öfkesini çocuklardan çıkarmak, çocuklarını göstermemekle tehdit etmek, silah göstermek gibi eylemleri kapsamaktadır (69). Türk Ceza Kanunu'nda duygusal şiddet; 125. maddede düzenlenen hakaret suçları kapsamında cezası vardır (71).

Ülkemizde 2014 yılındaki Araştırma'ya göre; kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları psikolojik şiddetin %44 oranında olduğu belirlenmiştir (9).

2.5.3. Cinsel Şiddet

Cinsellik ülkemizde kaçınılan, konuşulmaması tercih edilen, çelişkilerle dolu bir alan olmasından dolayı son derece zor bir konudur. Çok merak edilen hem de yasaklanan, çok konuşulan aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülen diğer yanda ise çok utanılan konudur. Özellikle de evlilik içerisinde yaşanan cinsel şiddetin konuşulması çok uygun görülmez (72,73). Ülkemizde önemli bir sorun olan cinsel şiddet, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm dünya ülkelerinde ve kültürlerinde görülmektedir (74).

Cinsel şiddet; birini istemediği yerde, zamanda veya şekilde cinsel ilişkiye zorlamaktır ve kişinin rızası olmadan kişiye cinsel nitelikli eylemlerde bulunmaktır. DSÖ tarafından cinsel şiddet; “cinsel eylem gerçekleştirmek amacıyla girişim, istenmeyen cinsel içerikli konuşmalar, birini cinsel amaçlı kullanmak, mağdur ve fail arasındaki ilişkinin niteliğine bakılmaksızın, ev ya da iş ortamında kişinin cinselliğine yönelik zorlayıcı yaptırımlar” olarak tanımlanmaktadır (69). Böyle bir durumda, şiddete maruz kalanın

direnç göstermesi durumunda başta fiziksel olmak üzere çeşitli şiddet türlerine maruz kalması, şiddetin boyutlarının artmasına sebep olmaktadır (75). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu cinsel suçları, cinsel saldırı ve cinsel istismar olarak ikiye ayırmıştır. Cinsel saldırı ile ilgili hükümleri düzenleyen 102. maddeye göre cinsel saldırı “cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal” suçu olarak tanımlanmıştır. 105. maddede cinsel taciz “bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz etme” suçu olarak tanımlanmıştır (71).

Ülkemizde 2014 yılındaki Araştırma’ya göre; evli kadınların %12’si yaşamının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsel şiddetin en fazla dile getirildiği bölge ise Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’dir (9).

2.5.4. Ekonomik Şiddet

Bir erkeğin eşini evden dışarıya çıkartmaması, para vermemesi ya da paranın kullanımı konusunda eşin söz sahibi olamamasıda ekonomik şiddettir. Ekonomik şiddet, en az görülen ve en ifade edilen şiddet türüdür (70). Ekonomik şiddet; kadının para harcamasının kısıtlanması, çalışmasına izin verilmemesi, zorla çalıştırılması, ekonomik konulardaki kararların erkek tarafından tek başına alınması, kadının parasının elinden alınması, iş yerinde olay yaratmak suretiyle kadının işten atılmasına neden olunması, kadının iş bulmasını kolaylaştırıcı becerilerinin geliştirilmesinin engellenmesi, ev ihtiyaçlarını karşılayacak maddi kaynaktan yoksun bırakılması, engelli kadını zorla dilendirme gibi birini kontrol etmek ya da cezalandırmak amacıyla ekonomik olarak sınırlamak için yapılan her türlü eylemleri içermektedir (69).

Ülkemizde 2014 yılındaki Araştırma’ya göre ekonomik şiddet; kadının çalışmasına engel olma ya da işten ayrılmasına neden olma, ev harcamaları için para vermeme ile kadının gelirini elinden alma olarak tanımlanmıştır. Türkiye genelinde bu davranışlardan en az birine, yaşamının herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı %30 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya engel olma ya da bir işten ayrılmaya neden olma kadınlara yöneltilen ekonomik şiddet biçimleri arasında en fazla ifade edilmiştir (9).

2.6. Şiddet Döngüsü

Şiddet genellikle tekrarlayan belirli bir döngü içinde yer almaktadır (76,77). Bir ailede şiddet oluştuğu zaman şiddet döngüsü denilen kısır döngü başlamış olmaktadır. Bu döngü üç fazdan oluşmaktadır (76,78,79-81). Şiddet döngüsünün başlıca aşamaları Sheafor ve Horejsi tarafından (77) ‘gerilimin artması’, ‘öfke patlaması’ ve ‘verilen zararın telafisi’ olarak üçe ayrılmıştır. Bu aşamaların başlıca özellikleri şöyle sıralanabilir:

Birinci faz; gerginlik aşamasıdır. Bu fazda herhangi bir sebepten dolayı ortamda gerginlik ve memnuniyetsizlik oluşur. Gerginlik nedeni önemli veya önemsiz olabilir. Daha önceden şiddet yaşamış olan kadın bu tehlikeyi bilir ve ortamın gerginliğini gidermeye, şiddet dönemini geciktirmeye, ertelemeye ve erkeği sakinleştirmeye çalışır. Bu yöntem bir süre işe yarar. Zaman geçtikçe kadın, eşini yatıştırmaktan vazgeçer ve bu değişikliği farkeder ve şiddet davranışı ortaya çıkana kadar kızgınlığını devam ettirir. Gerginlik artar kızgınlık, suçlama, tartışma ve kavga meydana gelir. Kadın bu tarz tepkiler karşısında öfkelenmeyerek kendini korumaya ve bu durum karşısında kontrol sağlamaya çalışır. Bu dönem birkaç hafta, birkaç yıl devam edebilir (77,79,81,82).

İkinci faz; akut eylem aşamasıdır. Erkeğin gerginlik tavrı ve kızgınlığı kontrol edilemeyen biçimde artmaktadır ve fiziksel şiddet olarak görülmektedir. Bu aşamada tokatlama, yumruklama, tekmeleme, boğmaya çalışma, kemiklerini kırma, ateşli silahla sakatlama ve yaralama olayları meydana gelebilmektedir. Bu dönemde erkek kadına bir ders vermeyi amaçlar. Bu faz birkaç saat ile birkaç gün sürebilir. Kadınların aldıkları ciddi zararlardan dolayı tıbbi yardıma ve hatta kadın kuruluşlarına ihtiyaçları vardır (77,81).

Üçüncü faz; balayı dönemidir. Şiddet uygulayan kişinin pişmanlık duyduğunu belirttiği, özür dilediği ve bir daha olmayacağına söz verdiği bir dönemdir. Kadına çeşitli sevgi gösterilerinde bulunur. Ona hediyeler alır, güzel sözler söyler ve çeşitli jestler yapar. Bu dönem kadının hem fiziksel hem de duygusal olarak zayıf olduğu, ilgi ve şefkate ihtiyacı olduğu bir dönemdir. Eşinin bu dönemdeki yakın ilgisi kadının zihnini karıştırır ve kadın her şeyin düzeleceğine inanır, hatta şiddeti kendi yetersizliklerinin bir sonucu olarak görür ve kendini suçlamaya başlar. Bu evrede kadın, şiddetin hiçbir şekilde yaşanmayacağına inanmak ister ve ilişkisini devam ettirmeye karar verir. Oysa erkeğin şiddete başvurma davranışı genellikle tekrarlama eğilimindedir. Bu dönemde gerekli girişimlerde bulunulmazsa herhangi bir nedenden dolayı gerginlik tekrar başlar ve şiddet döngüsü birinci aşamaya döner. Bu ılımlı dönem zaman geçtikçe yerini gerginliğe bırakır

ve erkek yeniden şiddete başvurur. Böylece kısır döngü böyle devam eder (77,81). Şiddet döngüsü Şekil 2.6.1’de gösterilmiştir.

Şekil 2.6.1. Şiddet döngüsü *



*Kaynak no:(83).

2.7. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Manevi kültürümüz yaşayış şeklimize kimi zaman yazılı, kimi zaman sözlü olmadan belirleyen bir olgudur. Şiddetin manevi kültür açısından normalleşmesi şiddetin o toplumda görülme sıklığını etkilemektedir. Günümüzde şiddet olaylarının nedenleri, toplumda algılandıkları şekliyle incelendiğinde; boşanma sorunları, eşler arası aldatma, kıskançlık, dedikodu, ekonomik sorunlar, özellikle erkekle ilgili prestij sorunları, kız meselesi, bir kızın bir erkek tarafından sahiplenilmesi, namus ve farklı nedenlerden olan kan davaları, uyuşturucu, alkol gibi maddelerin etkileri, kesici delici alet taşıma yaygınlığı, kendi adaletini gerçekleştirme isteği olarak karşımıza birçok neden çıkmaktadır (62).

Kadına yönelik şiddetin nedenleri çok çeşitli ve karmaşıktır. Genelde biyolojik, psikososyal, sosyokültürel-ekonomik ve diğer nedenler olarak gruplandırılabilir.

Biyolojik nedenler: Şiddetin biyolojik sebepleri arasında; erkeklik hormonu (84), dürtüsellik seviyesinin yüksek olması (85,86), vücuttaki serotonin azlığı (87), beyinde oluşan nörokimyasal bozukluklar (88) ve kullanılan ilaçlar ile bağımlılık yaratan maddeler (89) olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir.

Psikososyal nedenler: Psikoanalitik teoriye göre şiddet uygulama, temel içgüdü olarak kabul edilmektedir. Psikotik bozukluklarda (manik tip bipolar bozukluk, şizofreni, paranoid bozukluklar) ve nonpsikotik bozukluklarda (post travmatik stres bozukluğu, bolderline, antisosyal ve paranoidkişilik bozuklukları) bireylerde çevreye veya kendine yönelik şiddet içeren davranışlar görülebilir (28). Şiddetin psikolojik sebepleri arasında; ihtiyaçlar ve dürtülerin doyumsuz kalması sonucunda oluşan engellenme hali (68), paranoid kişilik bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklar (88), geçmişte şiddete maruz kalmak (90-94) ve erken yaşta sosyal öğrenme yoluyla şiddetin öğrenilmesi (91) olduğu yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Akan ve Kıran'ın çalışmasında çocukluğunda babasından şiddet gören erkeklerin, kendi çocuklarına da şiddet uyguladığı bulunmuştur (95).

Sosyokültürel ve ekonomik nedenler: Kadına yönelik şiddetin sosyokültürel ve ekonomik nedenleri; toplumun ataerkil yapısı, toplumsal cinsiyet rolünün doğal olarak algılanması, kadının nesnelleştirilmesi, şiddete boyun eğmenin, fiziksel güç ve zor kullanmanın hoşgörü ile karşılanması, işsizlik ve yoksulluk olarak sayılabilir. Türkiye'nin toplumsal ve kültürel yapısı da şiddeti destekler yapıdadır. "Kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin", "Ayı sevdiği yavrusunu hırpalır" gibi atasözleri ve deyimlerimiz de toplumda kadına biçilen rol ve şiddet kavramını açıkça göstermektedir.

Kadınların eğitim düzeyi de şiddet görme durumunda etkilidir (28). Cinsel şiddetin önemli nedenleri arasında kadının eğitim düzeyinin ve ekonomik gelirinin düşük olması, toplumsal ve iş yaşamına katılımının az olması gibi nedenler yer almaktadır. Ancak cinsel şiddet, sadece düşük gelir düzeyi olan, eğitimsiz ailelerde görülmemektedir. Her eğitim seviyesinde ve gelir düzeyinde, her meslek grubunda ve her yaşta kadında görülebilmektedir (96).

Toplumsal yapıdaki erkek egemen ideolojisi, kadına yönelik cinsel şiddetin en önemli sebebidir. Erkek egemen ideoloji, özel alan ve ailenin mahremiyeti üzerinden aile içinde kadına yönelik şiddeti bir yandan görünmez kılarken, diğer yandan da şiddetin meşru ve haklı görülmesine sebep olabilmektedir (97,98).

Diğer nedenler: Kültürel değişimler, hızlı kentleşme, parçalanmış aile yapısı, göçler, yeti kaybı, korku ve kendini güvende hissetmeme gibi durumlar kadına yönelik şiddeti arttırabilmektedir (28). Şiddetin toplumsal ve kültürel sebepleri arasında; şiddetin toplumda normal karşılanması ve destek görmesi (95), ataerkil sistem, yoksulluk, eğitimsizlik, savaşlar, göçler (99) ve şiddete karşı olumlu tutum geliştirmesine sebep olan medya yayınları (100) olduğu görülmektedir.

2.8. Şiddet Uygulayan Erkeğin Özellikleri

Şiddet eylemlerini belirleyen ataerkil yapının varlığı, günümüzde de önemli ölçüde devam etmektedir. Şiddetin temelinde güç vardır. Güç kelimesinin karşılığı olan “erk”, erkeklik kelimesinin kökünü oluşturur. Aile içi şiddet olgularında şiddeti en çok erkeklerin uygulamasının nedenlerinden biri budur (101). Bu nedene bağlı olarak toplumsal cinsiyet dağılımına baktığımızda, erkeklerin sahip olduğu gücü kadınlar aleyhine kötüye kullanabilmektedir. Bu durum toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak tanımlanmıştır ve kadınların toplumda var olan olanaklardan erkeklere göre daha az yararlanmasına neden olmuştur (102). Toplumumuzda erkeğin feminen olması, erkeğin cinsel tercihlerinin sorgulanmasına kadar giden bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca toplumumuzda kadında femine erkekten hoşlanmamaktadır ve kendi erkek çocuğunu ataerkil toplumsal cinsiyet rolüne uygun olarak yetiştirmektedir (101). Erkek de şiddete, kendi egemenliğini sürdürmek için başvurmaktadır. Sorunlarını sadece şiddet yolu ile çözmeyi öğrenen birey, sahip olduğu fiziksel erk’le kadına ve çocuğa şiddet uygulamayı kültürünün de yapısıyla devam ettirmektedir (103).

Zayıf kişilik yapısına sahip olma, sıklıkla terk edilme, kayıplar, bağımlı kişilik yapısı, düşük özgüven, baskılanmışlık duygusu taşıma, stres yönetiminde yetersizlik, kişilik bozukluğu tanısı alma, engellenmeler karşısında tahammülsüzlük, yetişme sürecinde şiddete uğrama veya tanık olma, kendi davranışlarıyla ilgili inkâr, küçümseme, iddiacı ve yalana yönelme şeklinde bir tutum içinde olma, şiddet konusundaki görüşlerine bütün dünyanın katıldığını ve şiddetin günlük hayatla baş etme yollarından biri olduğu görüşünde olma, zayıf iletişim becerilerine sahip olma, madde bağımlılığının olması ve aşırı kıskançlık olması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde şiddet uygulayan erkeğin özellikleri olarak dikkat çekmektedir (104-106). Yapılan çalışmalar da şiddet uygulayan erkeklerde iletişim ve empatik becerinin (95,107), çatışma çözme (108,109), öfke yönetimi (89,110) eksikliğine ve kazandırılmalarının gerekli olduğuna vurgu yapmaktadır.

2.9. Şiddet Uygulanan Kadının Özellikleri

Şiddet gören kadın, duygusal açıdan yoksun bir aile ortamında olmasına bağlı olarak pasif olmaya yönelir. Sosyal açıdan yalnız olan kadın, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır ve suçlanmasından, cezalandırılmasından veya etiketlenmesinden korktuğu için şiddet durumunu dile getirememektedir (97,111-113). Bu kadınlar, girişken ve bağımsız yetiştirilen kadınların aksine, ailede tanımlanan besleme, bakma, sempati yapma ve şefkat gösterme gibi kadın rollerine, kocalarının onları sevip koruyacağına ve erkeği mutlu etmenin sorumlulukları olduğuna inanmaktadır (65). Ancak 2014 yılındaki Araştırma'ya göre; şiddete maruz kalan kadınların, büyük oranda şiddeti kimseye anlatmadıkları ve şiddetle kendi başlarına mücadele etmeye çalıştıkları araştırmanın nitel ve nicel aşamalarının sonuçları arasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların % 44'ü şiddeti kimseye anlatmamıştır (9).

Şiddet gören kadın, eşinin saldırgan davranışlarından kendini sorumlu olarak görür, şiddeti bazı kişisel yetersizliklerinden kaynaklandığını düşünür ve eşinin bir gün değişeceğini hep umut eder. Düşük benlik saygısı ve değersizlik duygularına sahip olan, öğrenilmiş çaresizliğe bağlı olarak problem çözme davranışı azalmış, çekingen, içe kapanık ve bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlarda oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunların olduğu görülmektedir. Ayrıca, kadının bir meslek sahibi olmaması ve ekonomik yönden yetersiz olmasına bağlı olarak ayrılma durumunda kendisinin ve çocuklarının yoksul kalacağı düşüncesine sahip olması kadının şiddeti kabullenmesini sağlamaktadır (65,111-113).

2.10. Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri

Şiddete maruz kalan kadınlar çoğunlukla bu duruma katlanmaktadırlar. Yapılan araştırmalarda kadınların yaşadıkları şiddeti kolay ifade edemedikleri bulunmuştur. Bazı kadınlar bir kez şiddete maruz kaldığında yardıma ihtiyaç duymuştur. Bir kez fiziksel şiddete uğrayan bir kadın bu davranışla tekrar karşılaşma olasılığının olduğunu bilmesine rağmen yine de bu koşullarda yaşamaya devam edebilmektedir. Bu durum karşısında kadının yapılacak bir şey olmadığını, şiddetin tüm evliliklerde olduğunu ve sonradan biteceğini düşünmesi, kimsenin kendisine yardım edemeyeceğine inanması, eğitim seviyesinin düşük olması ve dul kadınlara toplumun ön yargılı davranması gibi faktörler kadınların şiddete katlanma nedenleridir. Bazı kadınlar, erkeklerin kendilerini

sevdiklerinden dolayı şiddet uyguladıklarını düşünmektedirler. Çocuk sahibi olan ve şiddete maruz kalan kadınlar, babanın çocuk üzerindeki haklarının olduğu ve çocuğun babasına bağımlılığı nedeni ile eşten ayrılmanın güç olduğu düşüncesindedirler. Şiddete maruz kalan kadının eşinden ayrılmak istemesi girişiminde bulunması şiddetin boyutunu ve ölüm riskini de arttırmaktadır (82,114).

Şiddetin farklı toplumlarda ve farklı toplumsal yapılarda da benzer özellikler gösterir. Erkeğin kadın üzerinde hâkimiyet sağlamak amacıyla kadına uyguladığı çeşitli şiddet davranışlarının olması, erkeğin egemen olduğu toplum yapısını düşündürür (112,115). Farklı toplumsal yapılarda da kadının aile içindeki konumu fazla değişmemektedir ve kadın kendine sunulan “iyi eş”, “iyi anne”, “iyi ev hanımı” vb. kimlikleri çocukluğundan beri yaşadığı ortamda kabullenmektedir. Kadının kabullenmek zorunda kaldığı kimliklere uymayan tutum ve davranışlarını sergilemesi, erkek tarafından doğrudan kendi egemenliğine yöneltilmiş bir tehdit olarak algılanmaktadır ve bu durum aile içinde kadına yönelik şiddetin oluşmasına neden olmaktadır. Aslında kadın çoğu zaman, toplumsal cinsiyet egemenliğine bağlı olarak fiziksel şiddet dışında kalan duygusal, ekonomik, sosyal çevreden izolasyon gibi şiddet biçimlerini yaşadığının bile farkında olamamaktadır (112).

Şiddetin ortaya çıkmasını engelleyen en önemli nedenler; erkeğin şiddet uygulamasının kadın tarafından normal olarak görülmesine bağlı olarak, çocukları için her türlü şiddete katlanmasıdır ve bu durum karşısında sessiz kalmasıdır. Kadın şiddeti, daha çok aileden birine açıklamaya karar verir. Bu kişi ise en çok annesidir. Aynı kültürde yetişen anne ise bu durumda kadının sessiz kalması gerektiğini savunur (103). Toplumda benzer kültürü paylaşmanın sonucu olarak; kadın ister eş, ister anne ve isterse ona yardımcı olmakla görevli olan sağlık personeli olsun kadınlar genelde şiddeti gizleme eğilimindedirler (116).

2.11. Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Kadın sağlığı; genel sağlık tanımı kapsamında kadınların fiziksel, ruhsal, spiritüel, kültürel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarıdır şeklinde tanımlanmaktadır. Asırlar öncesinde kadın sağlığı kavramı, doğurganlık kavramıyla aynı anlamda düşünüldüğü için uygulamalarda gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme yönelik olmuştur. Toplumsal statü, sosyo-ekonomik durum, çalışma ortamı, sosyal ilişkiler, aile içi

ilişkiler ve sosyo-politik durumlar gibi birçok faktör, toplumda kadın sağlığını etkilemektedir. Bir toplumun gelişmişlik düzeyi sosyo-ekonomik durumlarla birlikte sağlık göstergeleri ile de tespit edilmektedir. Toplumun sağlık göstergeleri genellikle kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili istatistikleri içermektedir. Bu nedenle kadın sağlığı çocuk, aile ve toplumun sağlık durumu ile yakından ilişkilidir. Toplumlarda kadının sağlığına verilen önem; kadının toplumsal statüsü ve genel sağlık durumunun iyiliği ile belirlenmektedir. Toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesi kadın sağlığının en iyi duruma getirilmesi ile sağlanmaktadır (28).

Aile içinde fiziksel şiddete uğrayan kadınlar şiddet karşısında kendilerini savunamamaları durumunda özellikle 'dövülen kadın sendromu' nu yaşayabilmektedir. Bu durum, şiddetin uzun zaman devam etmesi halinde daha da ağırlaşır. Dövülen kadın sendromunun başlıca özellikleri; geleceğe dair beklenti ve umutların azalması, çaresizlik, depresyon, bağımsız karar verememe, ölüm ve intihar düşünceleri, öfke ve kızgınlık, uyku bozuklukları, sık sık kabus görme, iştah bozuklukları, sindirim sistemi bozuklukları, psikosomatik hastalıklar, dikkati toplamakta güçlük çekme, unutkanlık, felaket beklentileri, yorgunluk, sık ağlama, günlük yaşam etkinliklerini, sorumluluklarını planlamada ve gerçekleştirmekte zorluk çekme olarak sıralanabilir (117).

Şiddetin kadının yaşam kalitesinde, iyilik halinde ve genel sağlık durumunda çok önemli etkileri vardır (20,52). Kadına yönelik şiddetin kadınların sağlıklı yaşayacakları yılların %5 ile %16'sını kaybetmesine sebep olmaktadır (28). Çünkü şiddet gören kadında kesi, çürük, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve birçok psikiyatrik sorun da görülmektedir (77,88). Ayrıca şiddete maruz kalan kadınlar; mide-barsak sorunları, üreme sağlığı sorunları ve kalp damar hastalıkları gibi kronik sağlık sorunlarıyla da uğraşmaktadırlar (118,119).

Kadına yönelik eş şiddetinin sağlık üzerindeki fiziksel, sosyal, cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından olumsuz etkileri dünya çapında benzerlik göstermektedir ancak görülme oranları ise bölgelerin gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir (48).

2.11.1. Şiddetin Kadın Sağlığına Olan Fiziksel Etkileri

Şiddet sonucu meydana gelen fiziksel semptomlar; yaralanma, göz içi yaralanmaları, kırıklar, kronik ağrı, sindirim sistemi sorunları, ezik ve sert cisimlerin oluşturduğu izler olarak tespit edilmiştir (7,28).

2.11.2. Şiddetin Kadın Sağlığına Olan Sosyal Etkileri

Korku, uykusuzluk, halsizlik, seslere aşırı tepki gösterme, baş dönmesi, unutkanlık, kendini suçlama, geleceğe yönelik ümitsizlik, yalnızlık hissi, ağlama, depresyon, anksiyete, intihar ve madde bağımlılığı gibi sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (28).

2.11.3. Şiddetin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına Olan Etkileri

Kadınlarda şiddete maruziyet doğum sonuçları da dahil olmak üzere üreme ve cinsel sağlıkları ile ilgili ciddi sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (49,120). Bunlar; kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar, düzensiz vajinal kanama ve akıntı, dismenore, cinsel disfonksiyon, premenstrual sendroma ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinde artış olarak sıralanabilmektedir. Bunun yanında şiddetin; infertilite, gebelik komplikasyonları ve düşüklere neden olduğu tespit edilmiştir (28).

Kadınlar ve kız çocukları sokakta, okulda, aile içinde ve iş hayatında cinsel içerikli şiddete maruz kalabilmektedirler (74,121,122). Cinsel şiddet kız çocuklarının okuyamaması, kadınların toplumsal hayata etkin katılamaması, istenmeyen evlilikler, sakatlıklar ve ölüme kadar çok kapsamlı sonuçlar doğurmaktadır (118). Gebelikte cinsel şiddet görmüş kadınlarda; doğum sonu kanama, enfeksiyon ve depresyon şiddet görmeyen kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (74,121,122).

2.11.4. Şiddetin Kadının Ruh Sağlığına Etkileri

Şiddetin kadınlar üzerindeki diğer bir etkisi de travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, alkol ve madde bağımlılığı gibi ruh sağlığı sorunlarını yaşamalarıdır (7,20). Şiddet, kadının kendine olan güvenini azaltmaktadır, hissizlik, parçalanmışlık, yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk, yakınlarla yabancılaşma, iletişim kurma konusunda yetersizlik, korku hali, uykusuzluk, suçluluk, utanma duygusu yaşamasına ve kadının geleceği ile ilgili mücadele azminin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum karşısında toplumsal hayata tutunmada ve kendi hayatları ile ilgili sorumlulukları yerine getirmede zorluk yaşamaktadırlar (3,7,123,124). Yapılan bir araştırmada şiddete maruz kalan kadınların %59'unun psikolojik sorunlar yaşadığı bulunmuştur (125). Kadınlardaki

alkolizmin %40'ının nedeninin şiddet kaynaklı olduğu ve kadın psikiyatri hastalarının %30-50'sinin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (121).

2.11.5. Gebelikte Şiddetin Kadın ve Yenidoğan Sağlığına Olan Etkileri

Hayatının her döneminde şiddete maruz kalabilen kadın, yaşamında özel bir öneme sahip olan gebelik sürecinde de şiddete maruz kalabilmektedir (11,12). Oysaki kadının gebelik sürecini ve annelik rolünü benimseyerek, daha insancıl bakım alacağı bir ortamda yaşamını sürdürmesi, kadının olduğu kadar doğacak çocuğun sağlıklı olması açısından da önem taşımaktadır. Yapılan bir çalışmada eş şiddetine maruz kalan gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi olmadığı saptanmıştır (13). Başka bir çalışmada gebelik döneminde eş şiddeti yaşayan gebelerde depresif semptomlar ve yalnızlığın daha yaygın olduğu sonucu tespit edilmiştir (126). Howard ve ark.'larının yaptıkları sistematik inceleme ve meta analizde 67 araştırmayı incelemişler; şiddete maruz kalan kadınlarda depresif semptomların, anksiyete ve postravmatik stres bozukluğunun anlamlı derecede yaygın görüldüğünü belirtmişlerdir (15).

Ülkemizde 2014 yılında yapılan araştırma kapsamında en az bir kez gebe kalmış kadınlara gebelikleri sırasında eşlerinin veya birlikte oldukları erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Türkiye genelinde, en az bir kez gebe kalmış kadınların %8'i gebeliği sırasında eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Türkiye genelinde 10 kadından 4'ü gebelik sırasında da maruz kaldığı şiddetin değişmediğini, 10 kadından biri ise şiddetin arttığını belirtmiştir. Yani, şiddet mağduru her iki kadından birisi için gebelik, şiddetin azalmasına yol açmamıştır (9).

DSÖ'nün (2005) raporuna göre; Mısır, Etiyopya, Hindistan, Meksika ve Nikaragua'da kadınların % 14-32'sinin gebelikleri boyunca cinsel ya da fiziksel şiddet gördükleri bildirilmiştir. Ayrıca Kanada, İsveç, İsviçre ve Birleşik Krallıklarda gebelik boyunca şiddet oranının % 4-11 arasında olduğu bildirilmektedir (49). Taillieu ve Brownridge (127) sistematik incelemesinde gebelikte %0.9 ile %30.0 arasında fiziksel şiddet, %1.5 ile %36 arasında duygusal şiddet, %1 ile %3.9 arasında cinsel şiddet olduğu tespit edilmiştir.

Gebelik döneminde eş şiddeti ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadının ve eşinin öğrenim durumunun düşük olması, düşük gelir düzeyi, işsizlik, sağlık güvencesinin olmaması, kırsal alanda yaşama, multiparite, istenmeyen gebeliğe sahip olma, kötü

obstetrik öykü ve sosyal desteğin olmaması gibi durumlarının gebelik döneminde eş şiddeti ile ilgili en önemli risk faktörlerinin olduğu bildirilmiştir (14,128-135).

Dünya Sağlık Örgütü raporunda ve bazı çalışmalarda gebelikte şiddetin hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu, gebelikte şiddetin bu sürece uyumdaki güçlükleri ve risk durumlarını da arttırdığı, şiddete maruz kalan gebenin tıbbi ve ruhsal tedavi gerektiren sorunlarla karşı karşıya kaldığı, fetal sağlık açısından da şiddetin erken ve ileriki dönemlerde de belirgin ruhsal ve yaşamı tehdit edebilecek fiziksel rahatsızlıklara neden olabildiği bildirilmektedir (49,132,136). Şiddetten dolayı bebeğin zarar göreceği korkusu kadının bu ilişkiden kaçınmasını da sağlamaktadır (28). Gebelik döneminde de devam etmekte olan şiddet, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, preterm eylem, düşük, fetal gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi birçok olumsuz sağlık sorununa yol açabilmektedir ve hatta bazen kadının ölümü ile sonuçlanabilmektedir (14,15). Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebek ile bebek ölümlerinin en önemli nedeninin gebelikte şiddete maruz kalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Yapılan bir çalışmada, prematür doğumların hepsinin gebeliğinde şiddet yaşayan gebelere ait olduğu bulunmuştur (137). Diğer bir çalışmada gebelik döneminde eş tarafından her türlü şiddete maruz kalan annelerin düşük doğum ağırlığı olan bir yenidoğana sahip olma ihtimalinin üç kat daha fazla olduğu sonucu bulunmuştur (138).

2.12. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Çocuğa Yansması

Toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların, aile ortamında beden ve ruh sağlıklarının korunarak yetişmesi büyük önem taşımaktadır (139). Anne ve babanın çocuğa gösterdiği olumlu tutum ve davranışlar, çocukların kişiliğini tamamlayıp sağlıklı birey olmalarını sağlamaktadır. Ancak, Türk toplumunda çocukları yetiştirme ve disiplin yöntemi olarak kullanılan şiddetin ileri ki dönemde de şiddetin tekrar görülmesine sebep olduğu bilinmektedir. Eşinden şiddet gören kadının eşinin geçmişi araştırıldığında, bu kişinin de anne ve babasından şiddet gördüğü, istismara uğrağı, ailede annesine şiddet uygulandığı, anne ve babasının boşanmış oldukları bulunmuştur (140). Ülkemizde, annesi şiddet mağduru olan erkeklerin %51'inin fiziksel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir. Kırsal alanda yaşayan annesi şiddet görmüş olan erkeklerin şiddet uygulaması, kentsel alanda yaşayanlara göre biraz daha yüksektir. Öte yandan, annesi fiziksel şiddete maruz kalmamış erkeklerin şiddet uygulaması, ülkemizde %23'e düşmektedir (9).

Çocukların özellikle kendilerini güvende hissetmeleri gereken evde, anne ve baba veya ebeveyn olma özelliğini taşıyan kişiler arasındaki şiddete şahit olmaları ya da şiddetin doğrudan kendilerine uygulanması çocuklarda birçok olumsuz etkilere sebep olmaktadır ve çocuklar bu olumsuz durumları da üzerlerinden uzun süre atamamaktadırlar (141). Eğer, aile karşılaştıkları sorunlara kızgınlık, korku, saldırganlık gibi davranışlarla karşılık veriyorsa, çocuklar da hem küçükken hem de büyüdüklerinde sorunlarını çözerken benzer davranışlar göstermektedirler (142). Aile içi kadına yönelik şiddete tanık olan 7 yaş altı çocuklarda; gece altına kaçırma, büyüme ve gelişmede gerileme, dil gelişiminde gerileme, anneye daha çok bağlanma gibi sorunlar görülmektedir. Okul çağındaki çocuklarda; kâbus görerek uyanma, okuldaki kız çocuklarına ve anneye karşı saldırgan davranışlar, okul başarısında gerileme, okula gitmede isteksizlik, ağlama nöbetleri olabilmektedir. Adölesanlarda ise şiddetten kendini sorumlu tutmak, babaya karşı öfke durumu, babaya şiddet eğilimi, içe kapanma, madde bağımlılığı, sigara ve alkol kullanımı, intikam arayışına girişkenlik, anne ve babanın boşanacağı düşüncesi, yalnız kalma korkusu, yanlış arkadaş gruplarına dâhil olma, başkaldıran davranışlar sergiledikleri, intihar ve evden kaçma planlarının olduğu tespit edilmiştir. Daha sonraki yaşamlarında sinirli bir kişilik yapısına sahip oldukları ve bütün problemlerini de şiddetle halletmeye çalışan kişiler oldukları görülmektedir (140,143-145).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama olarak her yıl yaklaşık 8 milyon çocuğun evde meydana gelen şiddet olaylarına şahit olduğu, %89'unun meydana gelen şiddetten haberdar olduğu, aile içi şiddet olaylarına maruz kalan kadınların %45'inin evde 12 yaş altı çocuklarının olduğu bildirilmiştir. Kendileriyle mülakat yapılan 48 kadından 41'i gördüğü fiziksel şiddete çocuklarının şahit olduklarını, 11 kadın da partnerlerinin kendilerini çocuklarının önünde boğmaya çalıştığını, 3 kadın ise ölümle tehdit edildiğini rapor etmişlerdir (139). Aile içi kadına şiddete tanıklık eden çocukların genellikle bağıarak ağladıkları, şiddeti kulaklarını veya gözlerini kapatarak önlemeye çalıştıkları, çocukların anneyi korumaya yönelik çalıştıkları, anne babayı ayırmaya çalıştıkları, bu sırada sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldıkları, annenin olay sonrası öfkesini çocuktan çıkardığı bildirilmiştir (143). Cinsel istismara uğrayan çocukların ileriki yaşamlarında daha fazla oranda cinsel istismarcı olmaları, şiddetin ciddiyetini anlatan önemli bir sonuçtur (146,147).

Kuramcılarının çoğunluğu, şiddetin içgüdüsel olmasının dışında öğrenme sonucu oluştuğunu savunmaktadır (46). Sosyal öğrenme kuramına göre kişi; kültüründeki norm ve değerleri ilişki içerisinde olduğu aile bireyleri, arkadaşları, öğretmenleri ve mesai

arkadaşları ile iletişimi sırasında öğrenir. Dolayısıyla öğrenme olayı bir süreçtir ve kültürde bu süreç içinde öğrenilmektedir. Birçok değer ve davranış gibi şiddet davranışı da bulunulan toplum ya da grup içerisinde karşılıklı iletişim esnasında taklit edilerek öğrenilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır (139).

2.13. Şiddetin Kortizol Hormonuna Etkisi

2.13.1. Kortizol

Kortizol, böbreküstü korteksinden salgılanan başlıca glukokortikoid hormondur. Fiziksel ve emosyonel stres, hipoglisemi ve başka bazı faktörler hipotalamustan CRH (kortikotropin releasing hormon) salgılanmasına sebep olur (148).

Kortizol yaşamı sürdürmek için gerekli olan ve en çok salınan glukokortikosteroiddir (149). Kortizol, adrenal korteks hormonlarının glikokortikoid aktivitesinin %95'inden sorumludur ve %5 aktivite ise kortikosteron ile sağlanır. Kortikosteroidler; karbonhidrat, protein, yağ metabolizması, stres, enflamasyon, alerji ve bağışıklıkta rol oynar (148).

Kortizol geceleri salgılanır. Kortizolün majör kontrolü hipotalamustan salınan CRH geri bildirim mekanizması yoluyla olmaktadır. CRH ön hipofizden ACTH (adrenokortikotropik hormon) salınımını uyarır (149). Kortizol salgısı ACTH'a bağlıdır (148,150). ACTH dışında hiçbir uyarıcı kortizol salgılayan böbreküstü bezi hücrelerinde doğrudan kontrol etkisine sahip değildir. Kortizol salgılanmasına neden olan en önemli uyarıcı strestir. Stresin hemen her tipi (fiziksel veya mental) adenohipofizden ACTH salgılanmasına neden olur. Böylece böbreküstü bezinden kortizol salgılanması artar. Stres dakikalar içinde ACTH ve ardından 20 katına ulaşabilen kortizol salgısına neden olur. Stres halinde kortizolün salgılanmasının vücut için yararı vardır. Bunun nedeni; glikokortikoidlerin aminoasitler ve yağların depolardan mobilizasyonuna neden olarak onları dokular tarafından enerji için kullanılabilir hale getirmeleridir (148).

2.13.2. Endokrin Sistem

Vücut fonksiyonları sinir sistemi ve endokrin sistem olmak üzere başlıca iki sistem tarafından kontrol edilir. Bu iki sistem sıkı bir etkileşim ve işbirliği içinde organizmanın

canlılığının ve sağlığının korunmasını sağlar. Sinir sisteminde nörotransmitterler, endokrin sistemde hormonlar dokular arası haberleşmeyi sağlar. Endokrin sistem bir kontrol ve düzenleme sistemidir. Esas olarak hücrelerdeki kimyasal reaksiyonların hızı, maddelerin hücre membranından taşınması, büyüme ve salgılama, vücudun streslere karşı koymasına yardım etmek gibi metabolik fonksiyonların kontrolü ile ilgilidir (148,151).

Endokrin sistem endokrin bezler olarak ifade edilen doku ve organlardan oluşur. Bu bezler hormon olarak adlandırılan kimyasal maddeleri sentezleyip salgılar. Hormon, endokrin bezler tarafından kana salgılanarak vücudun diğer hücreleri üzerinde fizyolojik kontrol etkisi gösteren bir maddedir. Kana salgılanan bir hormon vücudun bütün bölgelerine gidebilir. Ancak hormonlar etkilerini sadece belirli hücrelerde ve dokularda gösterir (148,151).

Hormonlar, etki yeri ve kimyasal yapılarına göre sınıflandırılır. Kimyasal yapılarına göre sınıflandırmada yer alan steroid hormonlar, hücre fonksiyonlarını etkileyen proteinleri sentezleyerek görevlerini yerine getirir (149,152). Steroid yapıda hormonlar hücre içinde depolanmazlar. Steroid hormonlar sentez edildikten hemen sonra salgılanırlar (150). Steroid hormonlarının yarı ömrü 30 ile 90 dakikadır. Hidrofobik olan serbest steroid hormonları, pasif difüzyon ile hücreye girer ve sitoplazmada veya nükleusta hücre içi reseptörlerle bağlanır (152). Adrenal korteksten kortizol ve aldosteron, overlerden östrojen ve progesteron, testislerden testosteron, plasentadan östrojen ve progesteron salgılanan hormonlar steroid yapıdadır. Her hormonun etki hızı ve etki süresi kendine özgüdür.

Troit hormonları vücuttaki kimyasal reaksiyonların çoğunu kontrol eder. Bu nedenle her zaman uygun miktarlarda salgılanmaları gerekir. Troit bezi en önemli metabolik düzenleyici organdır. Troit hormonlarının en belirgin etkisi oksijen tüketimini ve ısı üretimini artırmasıdır. Troit hormonlarının etkilerinden biriside kortizol üretimini artırmasıdır (148).

2.13.3. Kortizolün Etkileri

Kortizolün ve diğer kortikosteroidlerin en iyi bilinen etkisi karaciğerde glikoneogenezi arttırmalarıdır. Protein ve diğer bazı maddelerden glikoz oluşumu glikoneogenez olarak adlandırılır. Kortizol, glikoneogenezisi 6-10 kat artırır. Kortizol aynı zamanda vücuttaki tüm hücrelerin glikoz kullanımını azaltır. Glikoneogenezin artması ve glikoz kullanımının azalması kan glikoz konsantrasyonunda artışa neden olur (148).

Kortizol karaciğer dışındaki tüm hücrelerde protein depolarını azaltır, karaciğerde ise artırır. Karaciğer dışındaki dokularda hemprotein sentezini azaltır hem de protein katabolizmasını / yıkımını artırır. Bu etkileri nedeniyle kortizolün fazlalığında kaslar çok zayıflar, hatta oturmakta olan bir kişi ayağa kalkamayabilir. Diğer yandan kortizol karaciğer dışı dokulardan aminoasitleri mobilize eder ve protein depolarını azaltır. Kortizol kastan aminoasitlerin mobilizasyonunu arttırdığı gibi yağ dokusundan yağ asitlerinin mobilizasyonunu da artırır. Bunun sonucu olarak plazmada serbest yağ asitlerinin konsantrasyonu ve enerji için kullanımı artar (148).

Kortizol enflamasyon gelişimini de önler. Kortizolün antienflamatuvar etkisi romatoid artrit, romatizmal ateş ve akut glomerülonefrit gibi hastalıklarda çok önemlidir. Kortizol verilmesi ile bu hastalıklarda 24 saat içinde enflamasyon sönmeye başlar. Ayrıca kortizol alerjik reaksiyonlara bağlı enflamatuvar cevabı da önler. Bu etkisi ölüm nedeni olan anafilaksiye çok önemlidir dolayısıyla anafilaksiye kortizol hayat kurtarıcıdır (148).

Annenin gebelik sırasında gördüğü şiddete bağlı olarak strese maruz kalması, hormonal dengede de değişikliklere yol açmaktadır (153). Çünkü şiddet nedeniyle stres rahimdeki kan akışını sınırlar, kan damarlarının daralmasına neden olur ve kortizol seviyeleri yükselir (17). Kortizol'ün glukoz metabolizmasında ve vücudun strese cevabında çok önemli düzenleyici bir rolü vardır. Gebelikte (geç dönem), hipoglisemilerde, stres durumlarında, obezitede, depresyonda ve hipertiroidide de plazma kortizol konsantrasyonu yükselir (148). Yapılan çalışmada da, gebelikte şiddete bağlı olarak gebelerde kortizol hormonu salınımını arttırdığı saptanmıştır. 'Gebelikte şiddete maruziyetin nöroendokrin sonucu ve bu durumun gebeliğe ve fetal gelişmeye etkisi' isimli çalışmada gebelik sırasındaki eş şiddetinin bir stres faktörü olduğu, bu durumun kortizol seviyesinin yükselmesine neden olduğu ve doğum ağırlığındaki azalma ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (153).

2.14. Dünyada Kadına Yönelik Şiddetin Durumu

Kadınla erkek arasında çağlardır süregelen eşit olmayan güç ilişkilerinin yansıması olarak kabul edilen kadına yönelik şiddet; ağır bir insan hakkı ihlalidir ve ciddi bir toplumsal sorun olarak kültürel, ekonomik, coğrafi sınır tanımaksızın tüm dünyada varlığını sürdürmektedir (20,21). Kadına yönelik şiddetin 2020 yılında en sık görülen ölüm ve sakatlık nedeni olacağı da öngörülmektedir (154).

1884 yılına kadar ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'nde erkeğin eşini dövmesi yasal olarak kabul edilmiş. İngiltere'de 18. ve 19. yüzyılda erkek, ailesi üzerinde bütün haklara sahipmiş. Erkeğin eşini kontrol edebilmesi için, baskı ve şiddet uygulaması, işaret parmağından kalın olmayan bir sopa ile dövmesi yasal olarak kabul edilmiş. Daha sonra kadına yönelik şiddet, 1920'lerde bazı eyaletlerde, yasal olarak ceza kapsamına girmiştir (155,156).

1970'lerden önce kadına şiddet, daha çok yabancıların saldırısı ve tecavüzüyle sınırlı olarak görülmüş ve sosyal bir problem olarak ele alınmış. 1960'ların sonu, 70'lerin başında gelişmiş batı ülkelerinde görülen öğrenci hareketleriyle birlikte gelişen kadın hareketi kadına yönelik aile içi şiddet sorununu, toplumsal alanda tartışmaya başlanılmasına kaynak oluşturmuştur.

Dominik Cumhuriyeti'nde 25 Kasım 1960 tarihinde sosyal değişim hareketinde üç kadın (Mirabel kardeşler) tecavüze uğrayıp öldürülmüşlerdir. İlk önce Latin Amerikalı Karaipli Kadınlar, daha sonra da tüm kadınlar tarafından 25 Kasım tarihi "Kadına Yönelik Şiddete Hayır" olarak ilan edilmiştir (113).

Dünyada, özellikle 20. yüzyılın son on yılında hız kazanan araştırma ve incelemelerde, kadına yönelik şiddetin yaygınlığına, nedenlerine ve sonuçlarına ilişkin önemli ölçüde bilgiler elde edilmiştir (25).

Uluslar Arası İşçi Sendikası Konfederasyonu 2008 raporuna göre; dünyada üç kadından birinin dövüldüğü, cinsel ilişkiye zorlandığı ya da bir şekilde onu tanıyan biri tarafından kötü muameleye maruz kaldığı, 15-44 yaş arası kadınların trafik kazası, savaş, kanser ve sıtmadan daha çok aile içi şiddet yüzünden öldüğü ya da sakat kaldığı, dünyada meydana gelen savaşlarda kadınların cinsel, fiziksel şiddete ve istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (157).

Ulusal Kadına Karşı Şiddet Araştırması'na göre; 4 Amerikalı kadından 1'i partneri tarafından fiziksel ya da cinsel saldırıya maruz kalmaktadır. Kuzey Amerika'da kadınların %40-60'ı partneri tarafından cinayet girişimine maruz kalmaktadır. Yine Amerika'da her 12 saniyede bir kadın şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların %20-30'unun hayatlarının herhangi bir döneminde eşi veya partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (28).

BM Dünya Kadınları 2010 yılı raporuna göre; Avrupa'da da kadına yönelik şiddetin elde edilen verilere göre ciddi boyutlarda olduğu görülmektedir. Bu rapora göre; üç kadından biri hayatları boyunca en az bir defa dayak, cinsel ilişkiye zorlama şeklinde veya diğer kötü muamele türlerinden biriyle şiddete maruz kalmaktadır. Aynı raporda,

hayatlarının belirli bir döneminde cinsel saldırıya maruz kalmış kadınların oranı; Azerbaycan'da %4, Fransa'da %5, Filipinler'de %6, İsviçre'de %25, Danimarka'da %28, Avustralya'da %34, Çek Cumhuriyeti'nde %35, Kostarika'da %41, Meksika'da %44 olarak tespit edilmiştir. Rapora göre, Almanya'da kadınların % 25'i hayatlarının bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddet mağduru olduklarını dile getirmiştir. Bu oranın Danimarka'da %27, Norveç'te ise %22 olduğu belirlenmiştir (158).

AB ülkelerindeki durum incelendiğinde de kadına yönelik şiddetin de yaygın bir sorun olduğu görülmektedir. AB Temel Haklar Ajansı tarafından 2013 yılında 28 AB üyesi ülkede, 42.000 kadınla yüzyüze gerçekleştirilen “Violence Against Women: An EU-Wide Survey” adıyla gerçekleştirilen kadına yönelik şiddet araştırmasının sonuçlarına göre; üç kadından birinin 15 yaşından sonra en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı, son 12 ayda ise bu oranın %8 olduğu, kadınların yaygın biçimde istismara uğradığı ancak bunların çok azının kayıtlara geçtiği, aile içi şiddet vakalarının sadece %14'ünün ve diğer şiddet vakalarının sadece %13'ünün rapor edildiği, şiddetin gerçekleştiği ilişkiyi bitiren kadınların hala risk altında olduğu, her beş kadından ikisinin şimdiki veya eski eşi/hayat arkadaşından psikolojik şiddet gördüğü, 15 yaşından itibaren kadınların %18'inin ısrarlı takip mağduriyeti yaşadığı, kadınların yaklaşık %12'sinin 15 yaşından önce yetişkin biri tarafından cinsel istismara maruz kaldığı, eşi veya hayat arkadaşının şiddetine maruz kalan kadınların %42'sinin hamile iken de şiddet gördüğü tespit edilmiştir (27).

İsviçre'de, kadınların %22.3'ünün yaşamları boyunca kendi partneri olmayan kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kaldıkları, Kanada'da 15-19 yaşındaki ergenlerin erkek arkadaşları tarafından cinsel zorlama yaşadıkları bildirilmiştir (159). Ürdün'de yapılan bir çalışmada, örneklem grubundaki kadınların %98'inin en az bir şiddet türüne maruz kaldığı bulunmuştur (160). Bosna Hersek'te 1992 yılı savaş süresince 20.000 ile 50.000 arasında kadının tecavüze uğradığı belirtilmiştir (123). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, kadınların %18.3'ünün yaşamları boyunca bir kez tecavüze uğramış olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların %43.9'unun yaşamları boyunca cinsel şiddet biçimlerine maruz kaldığı belirlenmiştir. Tecavüz kurbanları kadınların %51.1'i partneri olduğunu, %12.5'i aile fertlerinden biri tarafından tecavüze uğradığını ifade etmiştir. Tecavüz kurbanları kadınların %42.2'sinin 18 yaşından önce, %29.9'unun 11-17 yaşları arası, %12.3'ünün de 10 yaşından önce tecavüze maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir (161).

ABD resmi kayıtlarında, her yıl eş şiddeti nedeni ile 2 milyon yaralanma ve 1300 ölüm gerçekleştiği, şiddeti uygulayanların çok büyük bir kısmını erkekler, kurbanların da

kadınlar olduğu yer almaktadır. Buna rağmen, çoğu kadına yönelik eş şiddeti olayları yetkililere resmi olarak bildirilmemektedir ve Hastalık Yaralanma Kontrol Merkezleri, gerçekleşen cinsel saldırı/tecavüzlerin ancak %20'sinin, fiziksel saldırıların %25'inin ve tacizlerin %50'sinin bildirildiğini tahmin etmektedir (25). DSÖ'nün 2005 yılında Bangladeş, Etiyopya, Japonya, Brezilya, Peru, Namibya, Samoa Adaları, Sırbistan - Karadağ, Tayland, Tanzanya ülkelerinde 24 072 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %13 ile %61, cinsel şiddet sıklığı ise %6 ile %59 arasında belirlenmiştir. Aynı çalışmada, şiddet uygulayanların %75'inin kadının yakın partneri olduğu tespit edilmiştir (49).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sistematik araştırmaları sonucunda 2013 yılında yayınlanan raporunda tüm dünyadaki kadınların; %35'i ya partnerinin (eşi veya birlikte yaşadığı kişi) fiziksel ve/veya cinsel şiddetine ya da partneri olmayan bir kişinin cinsel şiddetine maruz kaldıkları belirlenmiştir. Ancak bazı ülkelerin araştırmaları; kadınların %70'inin yaşamları boyunca partnerlerinden fiziksel ve/veya cinsel şiddet gördüklerini ortaya koymuştur. Dünya çapında kadın cinayetlerinin %38'inin kadınlara eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlendiği tespit edilmiştir. Eşi veya birlikte yaşadığı kişiler tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan bu kadınlarda birçok çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıktığı görülmüştür. Bu kadınların %16'sının düşük doğum ağırlıklı bebeklerinin olduğu belirlenmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların, daha fazla düşük/küretaj yaptığı ve depresyona girdiği bildirilmiştir (10).

2.15. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu

Ülkemizde de kadına yönelik şiddet giderek artmakta olan önemli bir halk sağlığı sorunlarından biridir (13,162). Dünyada olduğu gibi yapılan çalışmalara bakıldığında ülkemizde de kadınların yaşamlarının herhangi bir aşamasında farklı şiddet türlerine maruz kaldıkları görülmektedir. Ülkemizde genelde resmi veya resmi olmayan kurumların ortaya koyduğu araştırma raporları ya da daha çok şiddetin sıklığını, risk faktörlerini, şiddetin türlerini ortaya koyan birçok tanımlayıcı akademik çalışmalar konuya yönelik olarak kaynak oluşturmaktadır. Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan kadına yönelik tanımlayıcı şiddet araştırmaları 2000'li yıllara kadar genelde bölgesel veya şehir bazında yapılmıştır, ülkeye genellenebilirliğinin zayıf olduğu belirlenmiştir.

1995 yılında Türkiye genelini kapsayan 'Aile İçi Şiddetin Nedenleri ve Sonuçları' başlıklı araştırmada; kadınların %29.6'sının eşlerinden dayığa maruz kaldığı, %53.6'sının

eşlerinden kötü söz ve hakarete maruz kaldığı, %41.1'inin gebeyken şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Dayak olayında kadınların, %46.9'u fiziksel olarak zarar görmüştür (43).

1997 yılında Türkiye'yi temsil eden 2578 hanede yapılmış olan ‘Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet’ araştırmasına göre; evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların %25.2'si, erkeklerin ise %6.1'i eşlerinden fiziksel şiddet gördüğünü belirtmiştir. Sözel şiddet sıklığı kadınlarda %12.3 olarak bulunmuştur (163).

Altınay ve Arat'ın ‘Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet’ araştırması incelendiğinde diğer çalışmalara göre kadınlara yönelik şiddet sonuçlarının ülkemize genellenebilirliğini gösteren ilk çalışmalardan birisi olarak gösterilebilir. Bu çalışmaya göre; hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranının ülkemizde %35 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada en az bir kez “istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlanan” kadınların oranının %14 olduğu tespit edilmiştir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin % 67'sinin aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışmada “gelir getiren bir iş yapmak, çalışmak istesenez eşiniz sizi engeller mi?” sorusuna çalışmayan kadınların % 36'sı “evet, engeller” demiştir (164).

Daha sonra ülkemizde kadına yönelik şiddet konusunda en kapsamlı çalışmanın, 2008 yılında gerçekleştirilen ve 12 coğrafi bölge ve kır-kent yerleşim alanlarını temsil eden 51 ildeki evlenmiş veya birlikte yaşayan 15-59 yaşlar arasındaki kadınları içeren ‘Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’ nın olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, ailede kadına yönelik şiddetin ülke genelinde çok yaygın olduğu ve ciddi boyutlarda görüldüğünü belirleyen niteliktedir. Araştırmanın sonuçlarına göre; ülke genelinde kadınların %39'unun yaşamının herhangi bir döneminde eşi vey abirlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı, %15'inin cinsel şiddet ve %42'sinin de iki şiddetten en az birini yaşadığı saptanmıştır. Türkiye’de evlenmiş kadınların %44’ünün duygusal şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan evlenmiş kadınların %24’ü yaralanmıştır. Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların %33’ü yaşamlarının herhangi bir döneminde intihar etmeyi düşünmüştür ve %12’si ise intihar girişiminde bulunmuşlardır. Türkiye’de 15 yaşından büyük tüm kadınların yaklaşık olarak 11 milyonu, kocalarından veya partnerlerinden fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır ve bu kadınların %8’inin herhangi bir kurum, sivil toplum örgütü ya da başka bir destek kaynağına başvurduğu bulunmuştur. Türkiye’de kadına karşı şiddetin diğer türleri konusunda gerçekçi verilere ulaşmak daha zor görünmektedir. Sadece ev içi şiddet kapsamındaki cinayetlerin sayısına bakıldığında bile bu sorunun ciddi boyutlar taşıdığı görülmektedir (25).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2013-2014 yıllarında (ASPB) (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) KSGM tarafından yürütülmüştür ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma, 2008 yılında gerçekleştirilen Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’ nın ardından geçen yaklaşık altı yıl içinde, kadına yönelik şiddet türlerinin yaygınlığındaki farklılaşmayı ortaya çıkarmayı ve bu sürede şiddetle mücadele alanında gerçekleşen yasal düzenlemeleri 6284 sayılı Kanun öncelikli olmak üzere değerlendirmeyi amaçlamıştır. Araştırma sonuçlarının kadına yönelik şiddetin her yaştan, her eğitim grubundan, her bölge ve refah düzeyinden kadın için tehdit oluşturduğu ve erken yaşlarda evlenen kadınlar ile boşanmış veya ayrı yaşayan kadınların daha fazla şiddet riski altında olduğu bulunmuştur (9).

2014 yılı araştırmasına göre; hayatları boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı Türkiye genelinde %36 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırma sonuçlarına göre, fiziksel şiddete ilişkin tahminlerin bölgeler arasında farklılaştığı, Orta Anadolu Bölgesi’nde yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalınan fiziksel şiddetin %43 oranında en fazla yaşandığı bölge olarak tespit edilmiştir. Fiziksel şiddetin en az dile getirildiği bölge %27 oranında Doğu Karadeniz olduğu belirlenmiştir (9). Kadınların şiddete ilişkin görüşleri sorgulandığında, kadınların %57.8’i hiçbir gerekçe ile şiddeti kabul etmemektedir. Bu durum; 1980’lerden bu yana kadına yönelik şiddetle mücadelede feminist siyasetin doğrudan ya da dolaylı olarak Türkiye’deki kadınları etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Fiziksel şiddet yaşamış kadınlar açısından şiddetin nedenleri; %33 oranında ‘erkeğin ailesiyle yaşanan sorunlar’, %27 oranında ‘ekonomik sıkıntılar ve zorluklar’ ve %28 oranında ise ‘erkeklerle ilgili nedenler (kıskançlık, sorumsuzluk gibi) olarak bildirilmiştir. Okur yazar olmayan kadınlar arasında yaşamalarının herhangi bir döneminde en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %41.4 iken, lisans ve lisansüstü eğitim görmüş kadınlarda bu oranın %19.5 olduğu saptanmıştır (28).

Türkiye’de kadına yönelik şiddet oranları Avrupa ülkelerindeki oranların neredeyse eiki katı kadar olması konunun ülkemiz açısından da önemli olduğunu göstermektedir. Adalet Bakanlığı’nın 2010 yılı açıklamasına göre; kadın cinayetleri son yedi yılda %1400 oranında artmıştır. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Komutanlığı’ndan verilen bilgilere göre, 2010 yılının sadece ilk yedi ayında 226 kadının, Bianet (Bağımsız İletişim Ağı) ’in resmi olmayan 2011 yılı basın taraması sonuçlarına göre, 2011 yılında 257 kadının öldürüldüğü, en az 102 kadına ve 59 kız çocuğuna tecavüz edildiği belirlenmiştir (21). Bianet’e ait Erkek Şiddeti Çetelesi cinayet verileri temel alınarak oluşturulan sonuçlara

göre; 2017 yılında (1 Ocak 2017 - 1 Ocak 2018 aralığında) 285 kadının öldürülmüştür ve bu kadınların 28'i 0-18 yaş aralığındadır, 89'u 18-30 yaş aralığındadır. 285 kadın cinayeti içinde suçluların 171'i yakalanmıştır ve teslim olan suçlu sayısı ise sadece 20'dir (165).

Ülkemizde 2013 yılı Kasım ayı itibariyle 28 bin kadının şiddete maruz kaldığı, Ocak 2013 itibariyle, 50 binden fazla kadının eşlerine mahkeme kararı ile evden uzaklaştırma aldırıldığı ve uyarı gibi önleyici tedbirlerle koruma sağladığı, Mayıs 2013 yılı itibariyle, Türkiye genelinde şiddete maruz kaldığı için polis korumasına alınan kadın sayısının 11 bini geçtiği belirtilmektedir. Kayıtlara göre kadınlara en fazla polis koruması sağlanan ilk üç ilin ise Adana, İzmir ve Kayseri olduğu tespit edilmiştir (166).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda tespit edilebildiği düzeyde, acil yardımı arayan kadınların %57'sinin fiziksel şiddete, %46.9'unun cinsel tacize, %14.6'sının enseste ve %8.6'sının tecavüze maruz kaldığı belirlenmiştir (167). Güvenç, Akyüz ve Cesario 2000-2010 yılları arasında Türkiye'de kadına yönelik eş şiddeti ile ilgili 21 araştırmayı (168) değerlendirmişlerdir ve eş şiddetinin %13 ile %78 arasında değiştiğini ve en yaygın yaşanan şiddet türlerinin fiziksel ve duygusal şiddet olduğunu bildirmişlerdir.

Kadınların aile içinde %34'ünün fiziksel, %53'ünün ise sözel şiddete maruz kaldığı Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı araştırmada bildirilmiştir (28). Kadına yönelik şiddet ve yaşam kalitesinin araştırıldığı diğer bir araştırmada ise kadınların mevcut eşi ya da boşanmış oldukları eski eşleri tarafından bir defa şiddete maruz kalanların %27.2 olduğu ve en az bir kez şiddete maruz kalanların %13.6 olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada maruz kalınan şiddet türlerinin dağılımı incelendiğinde %39.4'ünün psikolojik şiddet, %24.4'ünün ekonomik şiddet, %23.3'ünün fiziksel şiddet ve %9.8'inin cinsel şiddet olduğu bulunmuştur (169).

2.16. Uluslararası Düzeyde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Yapılan Uygulamalar

Kadına yönelik şiddeti önlemek için ulusal ve uluslararası düzeyde birçok eylem ve planlar uygulanmaktadır. Fakat ulusal ve uluslararası düzeyde kadına yönelik şiddeti azaltmaya yönelik uygulamaların, halen istendik düzeyde olmadığı belirtilmektedir (28). Başlangıçta kadınlara karşı şiddetle birçok ülkede büyük ölçüde feminist örgütler ya da hükümet dışı kuruluşlar tarafından mücadele edilmiştir. Kadına karşı şiddeti önlemekte devlet kurumları yetersiz kaldığından, sonraki yıllarda devletin bu konudaki sorumluluğunu yerine getirmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. ABD, Kanada,

Avusturya, Yeni Zelanda, Brezilya, Zimbabwe gibi birçok ülkede, kadına yönelik şiddet konusunda çalışan hükümet dışı kuruluşlar tarafından kadınlara karşı şiddeti engellemeye ve önlemeye yönelik programlar oluşturmuşlardır (170).

1948 yılında insan haklarına ilişkin en temel belge olan BM İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi'nde doğrudan kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetle mücadeleyi işaret eden bir madde bulunmamakla birlikte; "Madde 1: Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar", "Madde 2: Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir ayırım gözetmeksizin bu bildiğe ile ilan olunan bütün haklardan ve bütün özgürlüklerden yararlanabilir", "Madde 3: Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır", "Madde 4: Hiç kimse kölelik veya kulluk altında bulundurulamaz, kölelik ve köle ticareti her türlü biçimde yasaktır", "Madde 5: Hiç kimseye işkence yapılamaz, zalimce, insanlık dışı veya onur kırıcı davranışlarda bulunulamaz ve ceza verilemez" gibi maddelerin kadına ve kız çocuklarına yönelik şiddetle yakından ilişkili olduğu görülmektedir (171).

AK tarafından 1949 yılında toplumsal cinsiyet eşitliği, kadının insan haklarının korunması, geliştirilmesi ve kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Konsey'in temel çalışma alanlarından biri olan kadına yönelik şiddet konusuna yönelmesinin BM'deki sürece benzer şekilde 1980'li yıllarda olduğu görülmektedir. AK Bakanlar Komitesi'nin 1985 tarihli "Aile İçi Şiddet" konulu Tavsiye Kararı, 1988 tarihli "Çocukların ve Genç Kadınların Cinsel İstismarı, Fuhuş ve Pornografiye Sürüklenmesi" konusundaki İlke Kararı ve 1990 tarihli "Aile İçi Şiddet Konusunda Sosyal Önlemler" konulu Tavsiye Kararı bu çalışmalara örnek olarak verilebilir. Roma'da 1993 yılında düzenlenen ve kadına yönelik şiddet konusunu ele alan "Kadın Erkek Eşitliği" konulu III. Avrupa Bakanlar Konferansı, Avrupa Konseyi bünyesinde yürütülen çalışmaların farklı bir boyuta ulaşmasına yardımcı olmuştur (29).

Kadına yönelik şiddet, uluslararası toplulukların gündemine "kadının insan hakları" kavramı olarak ele alınmıştır. BM, 1975-1985 yılları arasında "Kadın On Yılı" olarak ilan etmiştir ve bu süreçte özellikle uluslararası kadın hareketinin başlamasını etkilemiştir. Böylece kadına yönelik şiddet konusunda uluslararası norm ve standartlar belirlenmiştir ve raporlar hazırlanmıştır. Başlangıçta kadına yönelik şiddet sadece aile bağlamında incelenmiştir. Ailenin ve aile bireylerinin eşitliğinin ve güvenliklerinin sağlanması için eğitim programlarının yapılması 1975 yılında Meksika'da yapılan Dünya Kadın Konferansı'nda kabul edilen Eylem Planı'nda sunulmuştur, ancak şiddet konusuna özel bir ifade dile getirilmemiştir. BM bünyesindeki dokuz temel insan hakları sözleşmesinden biri

olan ve 1979 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nde, kadına yönelik şiddetle ilgili bir bölüm bulunmamasına karşın şiddet, Sözleşme'de tanımlanan ayrımcılık kapsamında incelenmiştir (172). CEDAW Komitesi'nin 1989 yılı 12 No'lu Tavsiye Kararı'nda, kadınların şiddetten korunmasının üye devletlerin sorumluluğunda olduğu bildirilmiştir ve ülke raporlarında bu yönde geliştirecekleri önlemlerin rapor olarak sunulması istenmiştir (173). CEDAW Komitesi'nin 1992 yılı 19 No'lu Tavsiye Kararı'nda ise, kadına yönelik şiddetin cinsiyete dayalı ayrımcılığın bir sonucu olduğu açıkça ifade edilmiştir ve kadına yönelik ayrımcılığın, şiddetin en önemli sebeplerinden biri olduğunun vurgusu yapılmıştır (174).

Kopenhag'ta 1980 yılında ilk kez yapılan "İkinci Dünya Kadın Konferansı"nda aile içinde kadına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin kabul edilen kararda, şiddet daha çok bir sağlık konusu olarak incelenmiştir, kadınların ve çocukların şiddetten korunması için programların geliştirilmesi amaçlanmıştır (175).

Nairobi'de 1985'te düzenlenen Üçüncü Dünya Kadın Konferansı'nda kadına yönelik şiddet konusu en kapsamlı bir biçimde gündeme gelmiştir. Nairobi'de, "Geleceğe Yönelik Stratejiler" kapsamında, kadına yönelik şiddetin tüm toplumlarda ortaya çıktığı bildirilmiştir ve ev içinde kadına yönelik şiddet, insan ticareti, silahlı çatışmalarda kadının durumu gibi kadına yönelik şiddetin farklı türleriyle alınmıştır. Ayrıca bu konuda bilinç artırıcı çalışmaların yapılması, şiddeti önleyici politikaların geliştirilmesi, yasal tedbirlerin alınması ve mağdurlara yönelik destek mekanizmalarının kurulması için tüm dünya ülkelerine çağrıda bulunulmuştur (175).

1993 yılında Viyana İnsan Hakları Bildirgesi'nde kadına yönelik aile içi şiddet ve kadının insan hakları konusunun yer alması ve kadın hareketinin yoğun çabası BM Genel Kurulu'nda "Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi"nin kabulü için etkili olmuştur. Bu bildirmede, kadına şiddetin önlenmesi için devletlerin alması gereken tedbirler dile getirilmiştir. Viyana Konferansı'nın önemli sonuçlarından biri de 1994 yılında İnsan Hakları Komisyonu'nca kadına yönelik şiddetin sebepleri ve sonuçlarını araştırmak üzere özel bir raportör atanmasının yapılmış olmasıdır (175).

Pekin'de 1995 yılında düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu da devletleri kadının güçlendirilmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve toplumsal cinsiyet bakış açısının politika ve programlara yerleştirilmesi konularında sorumlu kılmıştır. Pekin Eylem Platformu'nda eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşılabilmesi için belirlenen ve acil tedbir alınması

için gereken 12 kritik alandan biri de kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılması olmuştur. Pekin Eylem Platformu'nun izlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Pekin+5, Pekin+10, Pekin+15 toplantıları sonunda kabul edilen belgelerde, kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin bir insan hakları meselesi olduğunun ve bunun önlenmesinin de devletlerin sorumluluğunda olduğunun vurgusu yapılmıştır (50).

AK Bakanlar Komitesi'nin "Üye Ülkelere Kadınların Şiddete Karşı Korunmasına İlişkin Tavsiye Kararı" 30 Nisan 2002'de kabul edilmiştir. Bu tavsiye kararı, içlerinde Türkiye'nin de bulunduğu 44 Avrupa Devleti'ni kapsamaktadır. Bu tavsiye kararında kadına şiddetle mücadele ile ilgili; şiddetin töre, gelenek ve dini yaptırımlarla olan ilişkisi ele alınmıştır (29). Uluslararası olarak konuya ilişkin en son gelişme ise AK Bakanlar Komitesi tarafından 7 Nisan 2011 tarihinde Strazburg'da kabul edilen "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi"nin, 11 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul'da imzaya açılmasıdır. Sözleşme, kadına yönelik şiddet konusunda bağlayıcılığa sahip ilk ve tek uluslararası sözleşme olması bakımından büyük önem taşır. Sözleşme'de öngörülen onay yeter sayısı olan 10 ülke tarafından onaylanmasının ardından, 1 Ağustos 2014 tarihinde onaylayan ülkeler bakımından Sözleşme yürürlüğe girmiştir (69).

Kadına yönelik her türlü şiddet ve ev içi şiddeti önlemek, ortadan kaldırmak, şiddet mağdurlarının korunması amacıyla politika ve tedbirler geliştirmek, kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı ortadan kaldırmak amacıyla kadın erkek eşitliğini yaygınlaştırmak, bu alanda uluslararası işbirliğini geliştirmek ve kuruluşların birbirleriyle etkili işbirliği yapmalarını desteklemek İstanbul Sözleşmesi'nin amaçları olarak bildirilmiştir. İstanbul Sözleşmesi'nin giriş bölümünde; kadın, çocuk, engelli hakları ile insan haklarına ilişkin AK, BM, AİHM (Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi) ve diğer uluslararası kuruluşlar tarafından kabul edilen sözleşmeler ve kararlar hatırlatılmıştır. Kadınların ve kız çocuklarının toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığa erkeklere oranla daha fazla maruz kaldığına, aile içi şiddetin kadınları orantısız olarak etkilediğine ve aynı zamanda erkeklerin de aile içi şiddete maruz kaldığına ve şiddete tanık olan çocuklarında aile içi şiddet mağduru olduklarına vurgu yapılmıştır. Sözleşme, "şiddetin önlenmesi"(prevention), "mağdurun korunması" (protection), "şiddet uygulayanın cezalandırılması"(prosecution) ve "konuya ilişkin bütüncül devlet politikalarının geliştirilmesi" (policy) başlıklarından oluşan 4P yaklaşımı ile hazırlanmıştır (176).

BM Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinde kabul edilen "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" 17 adet sürdürülebilir kalkınma hedefi ve 169 alt başlıktan meydana

gelmektedir. “Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadınların ve kız çocuklarının toplumsal konumlarını güçlendirmek” sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden birisidir. Kadına yönelik şiddetle mücadele bağlamında söz konusu hedefin; kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılığın her yerde sona erdirilmesi, kamu alanları ve özel alanlarda, bütün kadınlara ve kız çocuklarına yönelik, kadın ticareti, cinsel ve her türlü istismarı da kapsayan şiddetin her türünün ortadan kaldırılması, çocuk evliliği, erken yaşta zorla evlendirilme gibi bütün zararlı uygulamaların ortadan kaldırılması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin ilerletilmesi, kadınların ve kız çocuklarının her düzeyde güçlenmeleri için sağlam politikaların ve yasal olarak uygulanabilir mevzuatların kabul edilmesi ve güçlendirilmesi şeklinde birçok önemli alt başlıklarından oluştuğu görülmektedir (177).

2.17. Ulusal Düzeyde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Yapılan Uygulamalar

Bir insan hakkı ihlali olarak “kadına yönelik şiddet” olgusu, uzun yıllar boyunca özel yaşam ve aile mahremiyeti içerisinde algılanmış, bu nedenle de gerek uluslararası gerekse de ulusal düzeyde insan hakları gündeminde geç ele alınmıştır. Ülkemizde kadına yönelik şiddetin gündeme gelmesi, uluslararası alandaki gelişmelere de paralel olarak 1980’li yıllarda görünürlük kazanmaya başlamıştır. 1990’lardan itibaren ise toplumsal bir sorun ve bir insan hakkı meselesi olarak ele alınmıştır ve 1990’lı yıllardan itibaren devletin gündeminde yer almayabşlamıştır. Kadına yönelik şiddetle mücadele çalışmaları, günümüzde ilgili tüm kuruluşların desteğini ve işbirliğiyle birlikte devletin sorumluluğunu üstlendiği bir konu olarak ele alınmaktadır (9,22,69).

Türkiye’de 1987 yılında “Dayağa Hayır!” ile başlayan kadın hareketinin bu alandaki mücadelesi, kadına yönelik şiddet konusunda yapılan ilk kampanyadır. Bu kampanya, İstanbul’da başlamış daha sonra diğer şehirlere de yayılmıştır (9). “Dayağa Hayır!” kampanyasını takip eden yıllarda bazı örgütler tarafından ülke çapında “Kadın Bakış Açısından Türk Ceza Kanunu Reformu Kampanyası” başlatılmıştır (28). Bu kampanyalar ve çeşitli etkinlikler aracılığıyla kadın haklarını ön plana çıkaran bir bakış açısının yerleşmesini sağlamış ve şiddetle mücadele açısından yeni kazançlar elde edilmiştir. Bu alanda çalışan kadın örgütlerinin ilk kurumları olan Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı 1990 yılında, Kadın Dayanışma Vakfı ise 1993 yılında kurulmuştur (9).

4 Ekim 1987’de “Kariye Kadın Şenliği”, 1988 yılında Dayağa Hayır kampanyasının öyküsünün ve aile içi şiddete uğrayan kadınların tanıklıklarının anlatıldığı

“Bağır Herkes Duysun” adlı kitap, Türkiye’de aile içi şiddet sorununun toplumsal alanda görünür ve tartışılır olma sürecindeki çok önemli bir gelişmedir (113).

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, şiddete maruz kalmış kadınlara psikolojik ve hukuksal destek vermektedir, onlara iş bulabilmeleri ya da meslek edinebilmeleri için yardım etmektedir ve en önemlisi ise kalabilecekleri güvenli bir ortam sağlamaktadır. 1994’ten beri psikolojik ve hukuki hizmet veren Bilgi Başvuru Bankası ile Başbakanlık’a bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü bünyesinde sayısı giderek artan Kadın Misafirhaneleri ile acil yardım hattı ve danışmanlık sunan KAMER (Kadın Dayanışma Merkezi) takip etmektedir (3).

CEDAW’ın Türkiye’de 1986 yılında yürürlüğe girmesi ve 1990 yılında Başbakanlığa bağlı olarak “Kadının Statüsü ve Sorunları Başkanlığı”nın kurulmasıyla birlikte mücadeleler hız kazanmıştır. 1993 yılında kabul edilen BM Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’ni 1998 yılında yürürlüğe giren 4320 sayılı “Ailenin Korunmasına Dair Kanun”a hukuki dayanak teşkil etmesi takip etmiştir ve bu kanunla kadına yönelik şiddetle mücadele bir devlet politikası olmuştur (31).

1997 Ulusal Eylem Planı kapsamında; kadına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılması gerekenler hükümet, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütlerinin çalışmaları olarak incelenmiştir. Bu eylem planı; şiddetle ilgili hizmet içi eğitim programları, dayanışma merkezlerinin ve kadın sığınma evlerinin sayı ve niteliğinin artırılması, medya ve hukuki kanallarla işbirliği konularını içermektedir (28).

Bu gelişmelerden sonra, 2002 yılında Medeni Kanunu’nda yapılan değişiklikler, 2003 yılında aile mahkemelerinin kurulması ve 2005 yılında Ceza Kanunu’nda yapılan önemli değişiklikler izlemiştir (31).

“Kadına Karşı Şiddete Son Kampanyası” 25 Kasım 2004 tarihinde KSGM ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliği ile düzenlenmiştir.

Kasım 2006-Mart 2008 tarihleri arasında “Aile İçi Şiddet Dahil Kadınlara Yönelik Şiddetle Mücadele Kampanyası” düzenlenmiştir.

853 sayılı araştırma komisyonu; 11 Ekim 2005’te, TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi)’de “Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak, Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi” amacıyla kurulmuştur ve çalışmalarını 11 Şubat 2006’da tamamlamıştır. Raporda, daha çok kadına yönelik şiddete ilişkin olarak namus cinayetleri ele alınmıştır.

Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler” konulu Başbakanlık Genelgesi, 4 Temmuz 2006’da yayınlanmıştır.

Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü arasında düzenlenen “Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Polisin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Projesi Protokolü”, 26 Aralık 2006 tarihinde imzalanmıştır.

Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Protokolü”, 3 Ocak 2008 tarihinde imzalanmıştır.

“Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Yargı Mensuplarının Rolü Projesi Protokolü”, 1 Nisan 2009 tarihinde imzalanmıştır.

“Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Din Görevlilerinin Katkısı Projesi Protokolü”, 12 Nisan 2010 tarihinde imzalanmıştır.

“Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010” yürürlüğe girmiştir (28).

2007 yılında 4320 sayılı Ailenin Korunması Kanunu yeniden düzenlenmiştir. 4320 sayılı Kanun’da aile içi şiddet; aile içinde bir bireyin diğer bireye uyguladığı fiziksel, duygusal ve sözel şiddet olarak tanımlanmıştır. Sadece aynı ailede yaşayan eşler değil diğer aile bireyleri, aynı ailede yaşamayan veya boşanmış aile bireyleri ve çocuklarda kapsama alınmıştır. “Kusurlu eş” yerine “kusurlu diğer aile bireyleri” kavramı getirilmiş olup diğer aile bireyleri hakkında da tedbir kararı alınabilmektedir. “Oturdıkları ev” ifadesi “birlikte ya da ayrı oturdıkları ev”, “evin eşi ya da çocuklara tahsisi” ifadesi yerine “aile bireyelerine tahsisi, “ortak konuta gelmemesi” ifadesi yerine “mağdurun yaşamakta olduğu konuta ya da iş yerine gelmemesi” şeklinde düzenlenmiştir. “Şiddet uygulayanın sağlık kuruluşuna muayene ve tedavi için başvurması” eklenmiştir. Böylece şiddet uygulayanın herhangi bir rahatsızlığı bulunup bulunmadığı ve alınacak önlemlerle şiddetin azaltılması düşünülmüştür (28).

Kadına yönelik aile içi şiddetle etkin mücadele yürütmek, politikalar ve programlar oluşturabilmek için ulusal düzeyde veri ihtiyacının karşılamak amacıyla KSGM tarafından 2008 yılında “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) “Resmi İstatistik Programı” kapsamında resmi veri olarak ele alınmaktadır. Söz konusu araştırmanın, 2014 yılında

tekrarlanarak son altı yıl içerisinde yürütülen politika ve programların etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla şiddet yaygınlığındaki farklılaşmanın ortaya koyulması sağlanmıştır (9).

Anayasa'nın 10. Maddesi 2010 yılında, "Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz" şeklinde değiştirilmiştir (31).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2011 yılında yeniden yapılandırılmış ve kadına yönelik şiddetle mücadelede hizmetlerin koordine edilmesi ve sunulması ile kadının güçlendirilmesi için tüm faaliyetleri yürütme görevleri de verilmiştir. İstanbul'da "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)" nin imzalanması olarak ikinci büyük gelişme sağlanmıştır. 2012 yılında ise 4320 sayılı Kanun kapsamında uygulamada görülen eksiklikler ve İstanbul Sözleşmesi dikkate alınarak 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" hazırlanmış ve resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (31). Yeni kanunda, özellikle şiddet risklerinin belirlenerek ve gerekli tedbirlerin acilen alınmasına, mağdurun hayatının korunmasına yönelik ifadeler yer almaktadır. Daha önceki yasada şiddet riski için delil gerekmeğe ve tedbir kararları için mahkeme sonucu beklemek zorundaydı. Bu durum çoğu kez telafisi mümkün olmayan gecikmelere yol açmaktaydı. 6284 sayılı yeni yasa ile mağdurun ifadesinin yeterli olması ve mülki idare amirinin uygun görmesi halinde geçici tedbir kararlarının uygulanabilmesi hükmü sağlanmıştır. Yasada şiddet mağduru kadının şiddete ekonomik nedenlerden dolayı katlanmak zorunda kaldığı göz önünde bulundurulmuş ve gerektiğinde mağdurun devlet tarafından maddi güvence altına alınması gerektiği hükmü yer almaktadır. Kanunun adı kadının değil de ailenin korunması şeklinde değiştirilse de, şiddet konusunda getirdiği yaptırımlarla en azından şiddetin gizli kalmasını, kadının kendini şiddet karşısında aciz ve çaresiz hissetmesini bir derece önleyecek gibi görünmesi kadınlar adına önemli bir kazanç sağlayabilecektir (178). Ancak 2014 yılındaki araştırma sonuçlarına göre kadınların 6284 sayılı Kanun'dan az haberdar oldukları görülmektedir (9).

Aile içi şiddetle ilgili tüm kurum ve kuruluşların katkı ve katılımları ile 6284 sayılı Kanun ve Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nde yer alan önlemler göz önünde bulundurularak, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2012-2015 yıllarında hazırlanmıştır ve yürürlüğe girmiştir (179).

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013, ülkemizde kadın ve erkeklerin yaşamlarının çeşitli alanlarında toplumsal cinsiyet eşitliğinin geliştirilmesi amacıyla hedef ve uygulama stratejilerinin ve kadına karşı ayrımcılığı önlemek ve kadınların sosyalve ekonomik konumlarını iyileştirmek gibi hedeflerinin yer aldığı bütüncül bir politika dokümanıdır (180).

Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı, arasında kadına şiddetle mücadele kapsamında protokoller imzalanarak yaklaşık 45.000 polis, 65.000 sağlık personeli, 326 Aile Mahkemesi Hâkimi ve Cumhuriyet Savcısı, 12.000 din görevlisine eğitim verilmiştir. Bunların dışında Toplumsal Cinsiyet ve Medya Atölyeleri ile yerel medya çalışanlarına, İletişim Fakültesi öğrencilerine, yönelik de seminerler düzenlenmiştir. Kadına yönelik şiddetle mücadelede 25 Kasım 2011’de, erkek katılımının önemine vurguyapan “Biz de varız” bildirisi hazırlanmıştır (179).

Kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında pek çok kurum tarafından protokoller, programlar, projeler vasıtasıyla farkındalık yaratmaya yönelik çalışmalar da gerçekleştirilmiştir. “Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Sunulan Hizmetlerde Kurumsal Kapasitenin Geliştirilmesine, İşbirliği Yapılmasına ve Eşgüdümün Artırılmasına Dair Protokol” ASPB ve KSGM ile İçişleri Bakanlığı Jandarma Genel Komutanlığı arasında Nisan 2012’de imzalanmıştır. “Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanması ve Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Kurumsal Kapasitenin Güçlendirilmesi, İşbirliği ve Eşgüdümün Artırılmasına Dair Protokol” ASPB ile Milli Savunma Bakanlığı arasında Temmuz 2013’te imzalanmıştır. “Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede İşbirliği Protokolü” ASPB ile Sağlık Bakanlığı arasında 8 Mart 2015 tarihinde imzalanmıştır (69).

Jandarma Genel Komutanlığı tarafından 2010 yılı “Avrupa Birliği-Türkiye Mali İşbirliği Programı” kapsamında 2013-2015 yılları arasında yürütülen “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Projesi” ile Jandarma Genel Komutanlığı hizmet birimlerinin kurumsal hizmet kapasitesinin geliştirilmesi, yerelde il jandarma komutanlıkları tarafından kadına yönelik şiddetle mücadeleye ilişkin farkındalığın artırılması ve işbirliğinin geliştirilmesi çalışmaları gerçekleştirilmiştir (69).

Aile içi şiddet ile ilgili kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin kadın araştırmaları merkezlerinin katkı ve katılımları ile KSGM koordinasyonunda Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020 hazırlanmıştır (69).

2.17.1. TCK (Türk Ceza Kanunu)'da Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Uygulamalar

Cinsel dokunulmazlık TCK'nın 102, 103, 104 ve 105. maddelerinde "kişilerin vücudu üzerinde, rızaları dışında cinsel davranışlarda bulunarak beden bütünlüklerinin ihlali" olarak tanımlanmaktadır.

Eski TCK'da evlilik içinde erkeğin eşine tecavüz etmesi suç sayılmamaktaydı ama yeni TCK'da, 102/2. maddesinde suç kapsamına alınmıştır ve yapılan soruşturmalar sonucunda 7-10 yıla kadar hapis cezası verilebileceği öngörülmüştür.

Yeni TCK'ya göre (105/2. madde) kişi cinsel tacize uğradığını bildirirse tacizi yapan kişi hakkında cezai işlem başlatılmaktadır.

TCK'nın 287. maddesinde, hakim ve savcı kararı olmadan, kişiyi genital muayeneye gönderen ya da genital muayeneyi yapan kişi hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezası uygulanacağı hükmü yer almaktadır.

TCK'nın 99. maddesinde, çocuk düşürmek veya kısırlaştırmak suç sayılmaktadır ve cezai işlem başlatılmaktadır. Hamile kadının rızası olmadan çocuğunun düşürtülmesi ve kadının rızası olsa bile, 10 haftayı geçmiş gebeliklerin sonlandırılması da suç kapsamındadır. Ayrıca tecavüz sonrası hamile kalındığında, gebelik 20 haftayı geçmişse gebeliğin sonlandırılması da suçtur.

TCK'da yapılan son değişiklikle, namus ve töre cinayetleri "kasten adam öldürme" kapsamına alınmıştır (71,181).

2.17.2. TMK (Türk Medeni Kanunu)'da Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Uygulamalar

TMK'da aile içi şiddet boşanma nedenidir ve aile içi şiddet yaşıyorsa boşanma davası da açılabilir.

Kanuna göre; herkes evleneceği kişiyi seçmede özgürdür. Zorla, tehditle yapılan evliliğin iptali için 5 yıl içerisinde dava açılabilir.

Eşlerden birisinin, meslek ya da iş seçimi için diğerinden izin almak zorunluluğu yoktur. Boşanma davası sırasında nafaka talep edilebilir (181).

2.18. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler

Ailede kadına yönelik şiddeti önleme açısından yapılması gerekenlerin başında, öncelikli olarak risk faktörlerinin iyi bilinmesi gerekir. Risk faktörleri, ailede kadına şiddet

uygulayan erkeklerde görülen pek çok özellikler olarak yer almaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzey, kısa veya uzun dönemli işsizlik, ağır ruhsal hastalıkları olan ebeveyn, alkol-madde bağımlısı ebeveyn, ağır kişilik bozukluğu olan ebeveyn, çocuk ilişkisinde zayıf ebeveyn, çocukluk çağında ebeveynlerden ayrılmak, aşırı cezalandırıcı, gevşek veya tutarsız disiplin ölçütleri, ihmal ve istismarcı ebeveyn, aile çatışmaları, parçalanmış aile, boşanma sürecindeki aile, boşanmanın gerçekleşmiş olduğu aile, tek ebeveynli aile gibi riskli durumlar aile içi şiddete neden olan risk faktörleridir (117). Bu risk faktörleri içerisinde yer alan yoksulluğun, geçim sıkıntısının kadına yönelik şiddet açısından 'doğrudan' bir ilişkisi olmamakla birlikte 'güçlü' bir ilişkisinin olduğu bilinmektedir (182). Bu doğrultuda, önleyici hizmetlerin geliştirilebilmesi ve işlevsel olabilmesi için öncelikle düşük gelir ve eğitim düzeyindeki genç erkeklerin hedef kitle olarak ele alınması faydalı olacaktır (183).

Aile içi kadına yönelik şiddet sorunu, risk faktörlerini odakta tutan kapsamlı birincil, ikincil ve üçüncül önleme programları çerçevesinde ele alınmalıdır (117). Birincil önlemler, sorun oluşmadan önce müdahale etmeyi, ikincil önlemler sorunun varlığına ilişkin belirtiler yaşandığında, bu sorunun ortaya çıkma sıklığını azaltmaya ilişkin müdahaleleri, üçüncül önlemler ise sorunun oldukça yaygın olduğu ve zarar verme durumuna ulaştığında harekete geçmeyi kapsamaktadır (47,184).

Birincil önleme programları çerçevesinde genel olarak toplumun ve özellikle de toplumun şiddet açısından risk taşıyan çeşitli kesimlerinin kimler olduğu (yoksulların, kırdan kente yeni göçetmiş grupların vb.) aile içi kadına yönelik şiddetin nedenleri, ilk belirtileri ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Örgün eğitim kurumlarında aile içi şiddet ve alternatif çatışma çözme yöntemleri konusunda eğitsel etkinliklerde bulunulması, kitle iletişim araçlarında çeşitli programların oluşturulması, toplumun aile içi şiddet ve şiddete maruz kalanların başvurabilecekleri yerler hakkında eğitimsel çalışmaların yapılması faydalı olmaktadır. Ayrıca şiddet vakalarıyla karşılaşan farklı meslek gruplarının (emniyet mensuplarının, sağlık çalışanlarının, sosyal çalışmacıların vb.) şiddet boyutunda sürekli hizmet içi eğitimlerini gerçekleştirmek de yararlı olmaktadır (47,184,185).

İkincil önleme programları kapsamında ailede kadına yönelik şiddet vakalarının ilk belirtilerinin tespit edildiği durumlarda şiddeti önleme programlarına ihtiyaç vardır. İkincil önleme programları kapsamında aynı zamanda şiddete başvuran erkekleri de cezai yaptırımların yanı sıra gelecekte şiddet uygulamamasını sağlayacak eğitim ve rehabilitasyon çalışmalarının da yapılması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu programlar, şiddet

görülme ihtimalinin yüksek olduğu aileleri ziyaret etmeyi ve kız arkadaşına şiddet uygulayan ergenleri hedef alan programları da kapsayabilir. İkincil önleme çalışmaları öfke kontrolünün, sağlıklı iletişim becerilerinin vb. öğretilmesinin yanı sıra alkol ve madde bağımlılıklarının ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarının ve ağır ruhsal hastalığı olanların psikiyatrik tedavi programlarını içermektedir (47,184,185).

Üçüncül önlemler ise şiddeti uygulayanların belirlenmesini, şiddete başvuranların alacakları cezaların, buna maruz kalanlarda yıkıcı etkilerini rehabilitasyon ile azaltmayı ve tedavi şekillerinin belirlenmesini hedefleyen programları kapsamaktadır.

Aile içi kadına yönelik şiddeti önlemeye ilişkin tüm müdahalelerin temelinde şiddete maruz kalan veya kalma riski olan kadınların güçlendirilmesi yatmaktadır (47,184,185). Güçlendirme yaklaşımı; bireyin içinde bulunduğu koşulları ve bu koşullara dair duygu ve davranışlarını, yapabileceği seçimleri ve seçimlerine bağlı olası sorumluluklarını, bağımsız birey olarak haklarını tanımlayıp değerlendirebilmeyi hedeflemektir. Şiddete maruz kalan kadının; sorun çözme ve sağlıklı iletişim kurma kapasitesinin güçlendirilmesi, bedensel ve ruhsal sağlığının artırılması, şiddetin başlayacağına dair ilk belirtilere, şiddet oluşumunda etkili olan davranış ve sözlere ilişkin farkındalık düzeyinin yükseltilmesi, sosyal destek sisteminin (aile, arkadaş, profesyonel kişi ve kuruluşlar) güçlendirilmesi, sorun için çözüm alternatiflerini (iş bulma, kendinin ve varsa çocukların can güvenliğini sağlayabilme, evi terk etme, sığınma evine gitme vb.) çok yönlü değerlendirebilme kapasitesinin artırılması şeklinde desteklenmesi sağlanmalıdır (186).

Şiddete maruz kalan ve maruz kalma riski altındaki kadınların güçlendirilmesi açısından Kadın Danışma Merkezleri'nin önemi büyüktür ve bu nedenle de ülke çapında yaygınlaştırılmalarının sağlanması gerekir. Kadın Danışma Merkezleri, şiddete maruz kalan kadınların sorunlarının çözümü için destek aldıkları, durumlarının değerlendirilerek ihtiyaç duydukları hizmetlere ve gerektiğinde sığınma evlerine gönderildikleri kuruluşlardır. Belediyeler tarafından da açılabilen bu merkezlerde kadınlara yönelik çeşitli eğitim faaliyetleri de vardır. Ülkemizde büyükşehir ve merkez belediyeleri tarafından işletilen Kadın Danışma Merkezleri 42 şehirde bulunmaktadır (187).

Aile Danışma Merkezleri de bir bütün olarak aileyi destekleyen, aile üyelerinin katılımcı, üretken, sorunlarını sağlıklı bir biçimde çözme becerilerinin olmalarını hedefleyen kuruluşlardır. Dolayısıyla aile üyelerine koruyucu, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici hizmetleri veren kuruluşlardır. Özellikle dar gelirli ailelerin, kadınların

en çok yararlandığı kuruluşlar olmaları nedeniyle sayılarının artırılması ve hizmet kalitelerinin güçlendirilmesi de gerekir (187).

Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu'nun 01.07.2013 tarihli 127. Birleşiminde onaylanan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)'nda kadının insan haklarının geliştirilmesi, kadının sosyal ve ekonomik olarak güçlendirilmesi ve kadına yönelik her türlü şiddetin önlenmesine ilişkin tespit, değerlendirme ve politikalar "Nitelikli İnsan, Güçlü Toplum" bölümünde "Aile ve Kadın" başlığı altında yer almaktadır (188). Onuncu Kalkınma Planı'nın uygulanabilirliğini ve etkinliğini artırmak üzere 25 adet Öncelikli Dönüşüm Programı belirlenmiştir ve "Aile ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" kapsamında "Eylem Planı" olarak hazırlanmıştır. Söz konusu programın koordinatörü Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'dır. Eylem Planı'nın, kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetin önlenmesine ilişkin; aile içi şiddetin, ihmal ve istismarın önlenmesine yönelik çalışmaların eylemlerine "Aile içi şiddet ve istismarın önlenmesine yönelik hizmetlerin geliştirilmesi" başlığı altında yer verilmiştir (189). 65. Hükümet Programı'nda ise "İnsani Kalkınma" bölümünde; "kadınlarımızın konumunu daha da güçlendirmek ve uygulamaların etkinliğini arttırmak üzere, kadına ilişkin mevzuatı ilgili tarafların görüşlerini alarak gözden geçireceğiz" ifadelerine yer verilmiştir (190).

Türkiye'de aile içindeki şiddetin önlenmesi amacını taşıyan ve aile içi şiddet kavramının ilk kez hukuksal bir metinde tanımlanmasını sağlayan yasal düzenleme 1998 tarihli "4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun" ile sağlanmıştır. 2005 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde Meclis Araştırma Komisyonu töre ve namus cinayetleri ile kadınlara ve çocuklara yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılarak alınması gereken tedbirleri belirlemek amacıyla kurulmuştur ve ardından Temmuz 2006'da 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır. 6284 sayılı Dair Kanun'un Uygulama Yönetmeliği ile Kadın Konukevleri Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik Ocak 2013'te yürürlüğe girmiştir. ŞÖNİM (Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri) Hakkında Yönetmelik ise 17 Mart 2016 tarih ve 29656 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (22,24).

ŞÖNİM, haftanın tüm günleri sürekli (24 saat) hizmet veren kuruluşlardır. Ankara, İstanbul, İzmir başta olmak üzere çeşitli illerde faaliyette bulunan bu merkezlere bağlı olarak ilk kabul birimleri ve sığınma evleri de hizmet sunmaktadırlar. Sığınma evleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı başta olmak üzere çeşitli belediyeler ve sivil toplum kuruluşları tarafından açılmaktadır. Halen sekiz ilde sığınma evi bulunmamaktadır (69). 2005 yılında yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediyeler Kanunu ile Büyükşehir Belediyeleri

ve nüfusu 50.000'i bini geçen belediyelere kadın ve çocuklar için konukevleri açma görevi verilmiştir. Söz konusu düzenlemede 2012 yılında yapılan değişiklik ile Büyükşehir Belediyeleri ile nüfusu 100.000'i geçen belediyelerin kadınlar ve çocuklar için konukevleri açması “zorunlu” hale dönüştürülmüştür (191). Belediyelerin bu hizmeti vermemesi halinde ASPB tarafından söz konusu hizmet verilmektedir. Profesyonel kişilerden (sosyal çalışmacı, psikolog vb.) oluşan sığınma evleri, şiddete uğrayan kadınların çocuklarıyla birlikte geçici süreyle kaldıkları ve temel ihtiyaçlarının karşılanmasının ötesinde özellikle de güçlendirilmelerine yönelik çeşitli hizmetlerin (atılacak eğitim, hukuki, psikolojik ve sosyal destek hizmetleri vb.) sunulduğu kuruluşlardır (187). Ancak 2014 yılındaki araştırma sonuçlarına göre şiddete maruz kalan kadınlar arasında, kurumsal başvuruda bulunanların oranı sadece %11'dir. Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet veren kurumlar arasında en çok bilinen iki kurum, karakol/polis ve konuk evi/sığınma evidir. En az bilinen kurum ise 2012 yılından itibaren hizmet vermeye başlayan ve halen pilot uygulama biçiminde belirli illerde çalışan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri'dir (9).

ASPB 2013-2017 Stratejik Planı'nda kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında ülkenin ihtiyaçlarına yönelik yeni sosyal politikalar geliştirmek ve model oluşturmak amaçlanmıştır ve oluşturulan hedeflerinden birisinde de yeni kuruluş açma ve yeni uygulama modellerinin uygulanmasını arttırmak amacıyla bütün illerde şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar yapacak olan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri'nin açılması ve konuk evlerinin sayısının da artırılması yer almaktadır (192).

2.19. Şiddetten Korunma Stratejileri

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılması gerekenler birincil, ikincil ve üçüncül koruma önerileri olarak ele alınmaktadır.

Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmamasını sağlamak için önlemlerin alınması gerekmektedir. Toplumsal cinsiyette, toplumun eğitim ve sosyo ekonomik düzeyinin yükseltilmesi, eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, konuya toplum farkındalığının artırılması ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılması birincil korumanın temel amaçlarıdır (118). Bu durumu gerçekleştirmek için hemşireler tarafından öncelikle risk gruplarının belirlenmesi ve bu risk gruplarına sağlık eğitiminin verilmesi ve bu risk gruplarında krizi önlemek için destekleyici hizmetlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır. Aile içi şiddette birincil koruma stratejileri; şiddet riski altındaki birey/bireyleri belirlemek, bireyin yaşadığı gerginliği azaltmak, eş şiddeti ile başvuran bireylere erken tanı

uygulayabilmek, bireye sosyal destek sağlamak, bireyin baş etme, çatışma çözüme becerilerini ve benlik saygısını arttırmak, basında yer alacak çeşitli haberler için basına doğru bilgi aktarımı ile şiddete karşı bireysel farkındalıkların arttırılması gibi müdahaleleri kapsamaktadır (56,102,114,118).

İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri önlemeyi veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken tanı ve tedavi ile erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmaya, tekrarlanmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Aile içi şiddette ikincil koruma stratejileri; şiddet yönünden bir bulgu saptandığında derhal müdahale etmek, daha önce şiddet görmüş birey/bireyleri saptamak, kadının şiddet ortamından uzaklaştırılmasını sağlamak, şiddet uygulayan bireyi saptamak ve şiddet uygulayana yönelik danışmanlık ve tedavi hizmeti sağlamak, şiddete uğrayan kadınların başvuracağı kuruluşları arttırmak, şiddete uğrayan kadınlara ruh sağlığı çalışanlarınca danışmanlık hizmeti vermek, şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların tedavi ve bakımını sağlamak, bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmak gibi girişimleri içermektedir (22,56,114,118).

Üçüncül koruma da ise birey ve aileye danışmanlık hizmetinin verilerek şiddet görmüş kadının tekrar şiddete maruz kalmasının önlenmesi sağlanmalıdır. Kadına fiziksel, ruhsal rehabilitasyon ve ekonomik destek sağlamak ve meslek edindirmek gibi uzun süreli müdahalelerin yer alması kadındaki iyileşme sürecini kolaylaştırılır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesine destek olunmalıdır ve problem çözüme becerilerini kullanması sağlanmalıdır. Şiddetin bittiği bu evrede aileye danışmanlık hizmetinin devam etmesi, uygulamaların sonuçlarının izlenmesi açısından önem taşımaktadır (56,114,118).

2.20. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Sağlık Çalışanları ve Hemşirelerin Sorumlulukları

Kadına yönelik şiddet, her kapsamda çok yönlü mücadeleyi gerektiren bir olgudur. Tüm bu ulusal ve uluslar arası yapılan düzenlemelerin ve kurumsal yapıların etkin bir şekilde hayata geçirilmesinin kaynağı ise kadına yönelik şiddet olgusunun niteliğini doğru kavrayan ve doğru müdahalelerde bulunan insan gücüne dolayısıyla sağlık çalışanlarına ihtiyaç vardır (31). Şiddete maruz kalan kadın ile ilk karşılaşanlar genelde sağlık çalışanlarıdır (32). Bu bağlamda, kadının ilk başvuru yaptığı birinci basamaktaki sağlık personelleri tarafından kadına yönelik şiddetin erken tespiti yapılabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; halkın ilk başvuru yeridir, sürekli, entegre, eşgüdümlü,

bütüncül ve ekibe dayalı özelliklerinin olması nedeniyle önem taşımaktadır (33). Aile içi şiddetin saptanmasında ve yönetiminde birinci basamak sağlık kurumu olan Aile Sağlığı Merkezleri önemli kurumlardır (33,193). Bu kurumlarda ebe ve hemşireler bölgelerindeki kadınlarla sürekli birebir iletişim halinde oldukları için şiddetin varlığını ilk tanıyacak kişilerdir. Özellikle de gebelikte de sık rastlanan şiddeti de göz önünde bulundurmaları gerekir (22). Gebelikte şiddetin, gebeliği olumsuz olarak etkilediği bilinmesine rağmen sağlık çalışanları tarafından daha az sorgulanmaktadır. Gebe kadınlar, kendilerine sağlık hizmeti sunan personelin bilgilerini alma sırasında şiddet konusunda da soru sormalarını beklemektedirler (162,194). Sağlık çalışanları tarafından gerekiyorsa ilgili kuruluşlara, gebelikte şiddet bildirilerinin yapılması gerekir (9,13). Kadına yönelik şiddetin, birinci basamaktaki sağlık çalışanları tarafından tanımlanması ve girişimde bulunulması ile %75'e kadar azaltılabileceği bulunmuştur (54).

Bütün ülkelerde, şiddeti yaşayan kadınlara genellikle sağlık kuruluşlarında geniş kapsamda sağlık hizmeti verilmektedir (195). Genel anlamda sağlık sistemi, eş şiddetine maruz kalanların saptanmasında ve yardım edilmesinde önemli bir role sahiptir (52). Kadınlar çeşitli nedenlerle sağlık kurumlarını erkeklerden daha fazla kullanmaktadır (196). Birçok kadın, tıbbi tedavi almak için hastane acil servislerinde, kliniklerde ve birinci basamak sağlık hizmetleri kurumlarında fiziksel ya da cinsel saldırı sonucu oluşan yaralarını tedavi ettirmeye çalışmaktadır (20,48,119). Üç kadından birinin eşi tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını bildiren DSÖ raporunda şiddeti öncelikli bir sağlık konusu olarak görmektedir (26). Bu durumda şiddete maruz kalan kadınların sağlık hizmeti tutarları 2.5 kat ve sağlık merkezlerine başvuruları da 2 kat artmaktadır (88).

Sağlık hizmetlerinin mevcut olduklarında bile çoğu kez kısıtlı olduklarını akıld tutarak DSÖ, sağlık sistemlerinin insani ve acil durumlarda dahil olmak üzere kadına yönelik şiddete verdiği yanıtı güçlendirmeye devam etmektedir. DSÖ'nün ülkeleri çalışmalarının merkezinde tutma konusundaki kararlılığı ile uyumlu olarak DSÖ, özellikle kadınlara ve kız çocuklarına ve çocuklara karşı şiddete karşı sağlık sistemlerine verilen yanıtların güçlendirilmesi konusunda küresel eylem planında yer alan eylemleri uygulamada ülkelere destek vermektedir. 2018 yılının Ekim ayında, Doğu Akdeniz ve Afrika bölge ofisleri, her iki bölgeden 12 ülke ile bölgeler arası bir çalıştay düzenlenmiştir ve kadına yönelik şiddete karşı sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi hakkında bilgi edinmiştir (26).

Hemşirelerin kadına yönelik şiddete ilişkin bakış açısı çok önemlidir. Çünkü mesleki sorumluluklarını yerine getirdiği toplumda kadın grubunun önemli bir bölümünü

oluşturmaları nedeniyle kadına şiddetin erken saptanması ve müdahale edilmesinde de önemli bir role sahiptir (53). Sağlık birimlerinde şiddet ile ilgili sorular sorulduğunda kadınların, sadece bu konuyu konuşmakla bile rahatladıkları görülmektedir. Sağlık çalışanı; şiddeti tanıyabilmeli, kişide şiddetin olduğunu ortaya çıkarabilecek soruları uygun dille, güven vererek ve kişinin güvenliğini de sağlayarak sorabilmeli, gerekiyorsa psikolojik danışmanlık için sevk edebilmelidir, izlem ve müdahale programları da düzenleyebilmelidir (33). Birçok sağlık alanındaki uzmanlık dernekleri veya birlikleri 1990'lı yılların sonlarından itibaren, şiddete uğrayan kadının nasıl tanılacağı ve bu kadınlara nasıl uygun yaklaşımlar sergileneceği konusunda klinik rehberler yayınlamışlardır (197).

Genelde şiddete maruz kalan kadını çoğunlukla tanımak zordur çünkü, kadın sorunu gizler. Kadınlar tarafından ifade edilmeyen, bazı kadınlar için normal olarak görülen bu sorun daha sonraki zamanlarda sağlık personellerin karşısına; çoğu kez baş ağrısı, kanama, karın ağrısı, ümitsizlik, uykusuzluk, korku gibi farklı şikayetlerle gelebilir (162). Nedeni; şiddete uğrayan kadının utanması, başkalarının duyacağı korkusu, çabuk tedavi olup kimse görmeden duymadan hastaneden ayrılmak istemesi ve çoğu kez saldırganla birlikte olduğu için şiddetin nedenini ifade edememesidir. Ebe ve hemşireler şiddeti uğrayan kadına hemşirelik bakım sürecinin aşamalarını uygulayarak da çok rahatlıkla şiddeti tespit edebilirler. Bu aşamalar; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Hatta yeni sorgulanma formları da oluşturabilirler (22).

Günümüzde kadın şiddet sorununu gizlemesinin dışında da gerek hekimler ve gerekse hemşireler kadına yönelik şiddet konusuna uzak durmayı tercih etmektedir ve şiddet mağduru kadınlarda görülen sağlık sorunlarıyla ilgili yakınmalarını değerlendirip tedavi etmektedirler. Bundan dolayı şiddete maruz kalan kadınlar yaşadıkları şiddetin fiziksel ve duygusal acısıyla kendi kendilerine baş etmeye çalışmaktadır (198). Kadına yönelik şiddetin kendi sorumlulukları olmadığını düşünen ve onları görmezden gelme eğiliminde olan sağlık çalışanlarının bu şekilde davranmalarının nedenlerinin belirlenmesi şiddete maruz kalanların gereksinim duyduğu desteği alabilmeleri açısından büyük önem taşır (55-57).

KSGM Şiddetle Mücadelede Projesi'nde de aile içi şiddetin tespit edilmesini engelleyen durumlar içinde, sağlık personelinde aile içi şiddeti tanılamadaki engelleri dile getirmiştir. Bu engeller çoğunlukla sağlık personelinin sorunu yadsıma (hiçbir şey olmamış gibi kendini konudan uzak tutabilmesi), küçümseme (şiddet mağdurunun yaşadıklarını önemsemeyebilir), özdeşleştirme (benzer bir öyküye sahip ise bu durumdan

uzak kalmaya çalışabilir) ve akıl yürütme (kişinin durumunu değerlendirip kadına ne yapması gerektiğini söyleyen uzman rolüne girebilir) tutumlarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Yani şiddeti görenle şiddeti tespit etmesi gereken kişinin kültürü de aile içi şiddetin tanımlanmasını etkilemektedir. Ayrıca aile şiddeti tespit edecek olan hemşire ve ebelerle ilgili yapılmış bir çalışmada da hemşire ve ebelerin de dörtte birinin şiddet gördükleri ve şiddet görenlerin de çoğunlukla kültürel nedenlerle aile içi şiddeti bildirmedikleri bulunmuştur (116).

Sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmalarda, şiddet mağduru kadının tespit edilmesi ve müdahalesindeki engeller arasında ilk ya da ikinci sırada yer alan sorun zaman yetersizliğinin olmasıdır (199). Sağlık çalışanının çalıştığı kurumda, kadına yönelik şiddetin saptanmasında bir tarama programı ya da olgu bildirimine yönelik bir uygulamanın olmaması da daha fazla zaman gerektirdiğinde sağlık çalışanları bu durumdan uzak kalabilmektedir (55). Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalan kişileri görmemezlikten gelmesi, yeterli kurumsal desteğin olmamasından ve sağlık çalışanının şiddete maruz kalan kişi ile kendisinin ilgilenmesi gerektiği duygusuna bağlı olarak güçsüzlük hissetmesinden kaynaklı yararlı olamayacağını düşündüğünden kaynaklanmaktadır (54,56).

Sağlık çalışanından kaynaklı engelleri saptamaya yönelik yürütülen çalışmalarda belirledikleri engellerin başında hem hekimlerin hem de hemşirelerin kadına yönelik şiddet konusunda eğitimsel yetersizliklerinin olduğu tespit edilmiştir (54,199,200). Bu nedenle hem bu mağdur insanlara daha fazla yardımcı olabilmek için, hem de bu konu ile ilgili sağlık personelinin bilgi ve becerilerini arttırmak amacıyla Kadından Sorumlu Devlet Bakanı ile Sağlık Bakanı 3 Ocak 2008 tarihinde "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanması Gereken Prosedürler Eğitimi" adlı protokolü imzalamışlardır. Bu protokolde 81 ilden yaklaşık 500 kişinin 5 gün süreli eğitici eğitimleri sağlanması, bu kişilerin de kendi illerindeki ilgili personeli eğitmeleri ile yaklaşık 75 000 sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı) eğitilmeleri sağlanmıştır. Bu eğitimlerde sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda bilgilencmeleri, aile içi şiddetin erken dönemde tespiti ve bu durumlarla karşılaştıkları zaman sağlık personelinin yaklaşımının nasıl olacağı gibi konularda bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır (22).

Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi kapsamında düzenlenen eğitimler, gerek şiddeti önlemede gerekse korumada etkili bir hizmet verilmesini, kadına yönelik şiddetin nedenleri ve çözüm önerilerine ilişkin bilgilerin güncellenmesini sağlayacaktır (31).

Şiddete maruz kalan kadınlar kendilerini çaresiz hissettiklerinden dolayı, eğitim sürecinden geçen sağlık çalışanları şiddete maruz kalan kadınların haklarını savunabilecek kadın dayanışma merkezleri ve kadın sığınma evleriyle de iletişime geçebilirler. Ebe ve hemşirelerin bu kurumların ve kuruluşların görevleri hakkında ve ilgili yasalar hakkında bilgileri olmalıdır, kendi yasal haklarını da bilmelidirler. Bu bağlamda, kadın ve kadın sağlığı ile ilgili kararlarda ve politikaların oluşturulmasında yer almaları ve katkı vermeleri de büyük önem taşımaktadır (22).

Sağlık çalışanlarının şiddetle mücadelede en önemli olü eğitimidir ve eğitilmiş olan sağlık çalışanları da bu eğitimleri okul, işyerleri ve diğeryerlerde yapabilirler ve toplumda farkındalık oluşturmak için toplantılar da düzenleyebilirler. Şiddet değerlendirmeleri sağlık çalışanları tarafından doğum öncesi dönemlerde yapılabilir ve diğeryerlerde de rutin olarak devam edebilir (35). Hemşireler, aile içi şiddeti tespit etmede sağlık çalışanları arasında doğal liderlerdir (32). Hemşireler şiddet gören bireye nasıl yaklaşacağını, şiddeti nasıl tespit edeceğini ve nasıl danışmanlık yapacağını bilmelidir (34). Hemşireler “Değişim Modeli” ile kadınların etkili bir biçimde şiddetle baş etmelerine destek verebilirler (201). Hemşireler şiddet mağduru kadınla karşılaştığında; mağduru dinleyerek iletişim kurma, mağdura şiddeti paylaşma kararının doğru olduğunu ifade etme, şiddetin kabul edilemez bir davranış olduğunu vurgulama, iletişim devam ederken şiddetin nedenlerini ortaya çıkarmayı hedefleyen, yargılayan konuşmalardan uzak kalma, kadının ve çocuğunun güvenliğini sağlamaya yönelik sorular sorma şeklinde basamakları izleyebilir (35).

Kadına yönelik şiddetle mücadelede ve aile içi şiddetin belirlenmesinde Halk Sağlığı Hemşireleri önemli sorumluluklara sahiptir (202). ANA (American Nursing Association) kadına yönelik şiddeti tanıma ve önlemede hemşirelerin; sürekli eğitimini, şiddete yönelik hemşirelik modellerinin geliştirilmesini ve kadına yönelik şiddetle ilgili araştırmaların yapılmasına ilişkin kararı 1991 yılında almıştır. Kadına yönelik şiddetle mücadelede hemşirelerin sorumlulukları kapsamında yerine getirmesi gerekenler şiddeti tanılama, önleme veya koruma olarak yer almaktadır. Şiddeti tanılama da hemşire öykü alma ve muayene sırasında şiddete özel belirtilere karşı dikkatli olmalıdır. Bu belirtiler; kadının şüpheli ifadeleri, konuşurken göz teması kurmaması, eşin kadına karşı aşırı ilgili olması, eşini gördüğünde anksiyetesinin artması, erkeğin eşini hemşire ile öykü alma sırasında yalnız bırakmak istememesi, vücudun çeşitli yerlerinde darp izlerinin olması, konuşma bozuklukları, aşırı alkol ve madde kullanımı, nörolojik belirtiler (baş ağrısı, baş dönmesi gibi), jinekolojik ve obstetrik belirtiler (pelvik ağrı, düşük gibi) olarak

sıralanabilmektedir. Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin önleme veya koruma olarak yaklaşımı; birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamaklarını kapsamaktadır (28,65).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Gebelikte aile içi şiddetin kortizol hormon salınımına, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve emzirme durumuna olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırma, kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 9 Ekim 2017-Ağustos 2018 tarihleri arasında Gaziantep Şahinbey İlçesi'nde Düztepe Mahallesi'nde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Bu ASM (Aile Sağlığı Merkezi) 'de şu anda aktif olarak dokuz aile hekimi, üç ebe, altı hemşire, bir sözleşmeli ebe ve üç sözleşmeli hemşire görev yapmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus ise 3.500-4.000 arasında değişmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'nde takipli yaklaşık 412 gebe bulunmaktadır. Power analizine göre evren büyüklüğü 500 ise $\alpha= 0.05$ için örneklem büyüklükleri hesaplanmasında ∓ 0.05 örneklem hatasında ($p=0.5$ $q=0.5$) örneklem sayısı 217'dir (203). Ancak kayıpların olabileceği tahmin edilerek 255 gebeye ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın uygulaması için gerekli etik onay, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'na başvuru yapılarak alındı. Etik kurul izni (Ek-3) alındıktan sonra, yasal olarak herhangi bir problem çıkmaması için Gaziantep İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan (Ek-4) yazılı izinler alındı.

Araştırmanın örneklemi oluşturacak gebelere:

- Araştırmamız gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Çalışmaya katılmakta özgür oldukları istedikleri taktirde araştırmanın her evresinde vazgeçme haklarının olduğu, alınan bilgilerin gizlilik ilkesine uygun saklanacağı ve bu araştırma dışında

kullanılmayacağı güvencesi verildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelerin onamı alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, KYAİŞBÖ (Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nden oluşmaktadır.

3.5.1. Anket formu

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm; tanımlayıcı ve sosyo demografik bilgiler: Bu bölümde gebenin yaşı, eşin yaşı, gebenin ve eşin eğitim durumu ve mesleği, hanedeki birey sayısı, gelir durumu, sosyal güvence, eş ile beraberlik bağı, ilk evlenme yaşı, eş ile evlenme şekli, gebenin ve eşin sigara ve alkol kullanma durumları, gebenin kronik bir hastalık varlığı, çocuk sayısı, düşük ve küretaj sayısı, bebeğin cinsiyeti, gebelikte ilk kontrol zamanı ve kontrol sayısı, gebelikte riskli bir durum varlığı ve gebelikte anneyi üzen ya da strese sebep olan bir durumun varlığı ile ilgili bilgiler içeren 31 soruya yer verilmiştir.

2. Bölüm; şiddet türleri ile ilgili bilgiler: Bu bölümde gebelikte şiddete maruz kalıp kalmadıkları, fiziksel şiddet (itme, yumrukla vurma, tokat atma, tekmeleme, sert cisimle vurma, bıçakla saldırma, saçını çekme, üstüne yürüme) duygusal şiddet (ağır sözler söyleme, lakap takma, tehdit etme, küçümseme, küfür etme, dayak ya da ölümle korkutma, sesini yükseltme, kıskançlık kavgası çıkarma, yakınlarınızla görüşmeyi engelleme, başkalarının önünde aşağılama, sizi odaya kapatma), cinsel şiddet (istemediğiniz cinsel davranışa zorlama, zorla cinsel ilişkiye girme, aşırı kıskanç davranma) ve ekonomik şiddet (paranızı elinizden alma, çalışmanızı yasaklama, para vermeme ya da kısıtlama, aile geliri konusunda bilgi vermeme) ile ilgili 5 soru ve alt sorulardan oluşmaktadır.

3. Bölüm; doğum ve yenidoğana ait özellikler, kortizol hormon düzeyi ölçüm sonuçları ile ilgili bilgiler: Bu bölümde annenin doğum şekli (normal doğum, sezaryen) yenidoğan ile ilgili sonuçlar (doğum haftası, doğum ağırlığı vb.), kortizol hormon düzeyi sonuçları ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Anketi uygulama süresi yaklaşık olarak 8-10 dakika arasındadır.

3.5.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği (KYAİŞBÖ)

Yanikkerem ve Saruhan (129) tarafından geliştirilen KYAİŞBÖ, kadına yönelik şiddetin tiplerini ve derecesini ölçmekte ve 87 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.98'dir. Bizim çalışmamızda ise 0.95'dir. Likert tipinde olan KYAİŞBÖ 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 87'dir, en yüksek puan ise 435'tir. Ölçek puanının artması kadının şiddete maruz kalma durumunun arttığını göstermektedir. Bu ölçeği uygulama süresi yaklaşık olarak 20-25 dakika arasındadır.

KYAİŞBÖ, 9 faktörden oluşmaktadır. Faktör 1 "kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet", faktör 2 "kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı", faktör 3 "kadına yönelik ekonomik şiddet", faktör 4 "kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar)", faktör 5 "kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar", faktör 6 "kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi", faktör 7 "kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı", faktör 8 "eşe yönelik kaygılar ve korkular", faktör 9 "kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık", olarak tanımlanmıştır. Bu faktörler ve faktörleri oluşturan değişkenler Ek-6'dadır.

3.5.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, 1999 yılında Dennis tarafından geliştirilen 33 maddelik bir ölçektir (204). Daha sonra 2003 yılında ölçeği, 14 maddelik bir ölçeğe indirerek Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğin Kısa Formunu geliştirmiştir (205). Türkçe güvenilirlik geçerliliği 2008 yılında Tokat, Okumuş ve Dennis tarafından yapılmıştır (206). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.86'dır. Bizim çalışmamızda ise birinci izlemde 0.84, ikinci izlemde 0.82 ve üçüncü izlemde ise 0.91 olarak belirlenmiştir. Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert Tipi ölçektir. 1= Hiç emin değilim, 2= Çok emin değilim, 3= Bazen eminim, 4= Eminim, 5 = Her zaman eminim. Bandura'nın önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir (207). Ölçekten alınabilir minimum puan 14, maximum puan 70'dir. Yüksek puan, yüksek emzirme öz-yeterliliği göstergesidir. Bu ölçeğin postpartum dönemde uygulanmasının uygun olduğu belirtilmektedir (208). Bu ölçeği uygulama süresi yaklaşık olarak 3-5 dakika arasındadır.

3.6. Verilerin Toplanması

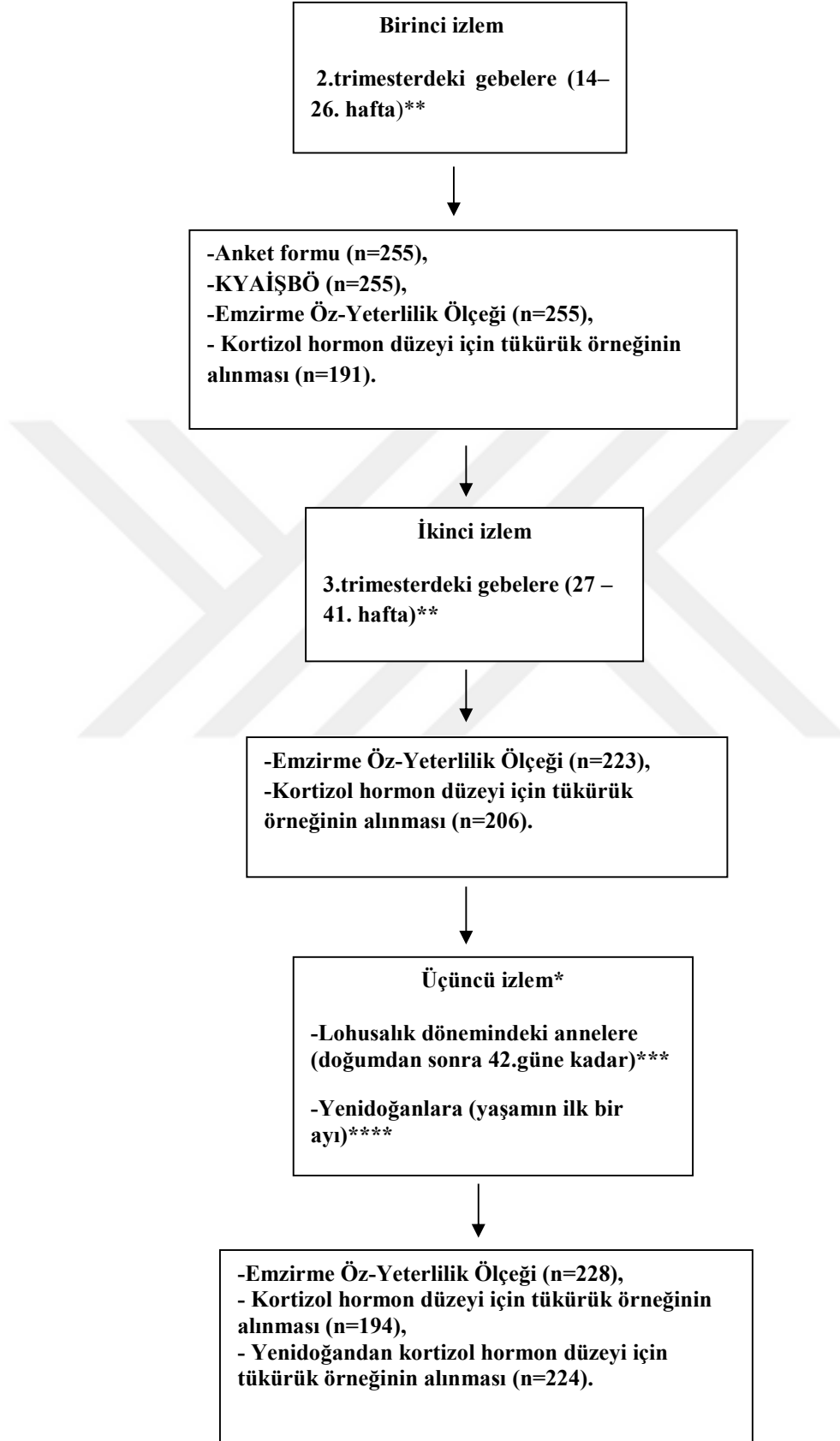
Veriler, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 2. trimesterdeki gebelerden, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan ve Türkçe bilen gebelerden toplanmıştır. Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı, doğum öncesi bakım hizmeti kapsamında izlem için gelen gebelerden yüz yüze görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Doğum yaptıktan sonra da hem doğum sonrası bakım hem de çocuk sağlığı izlemi kapsamında annelerden yüz yüze görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Veriler sabah 08:00-12:00 saatleri arasında toplanmıştır.

Araştırmada veri toplamaya başlamadan önce son trimesterdeki 15 gebeye soruların anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Anket sorularının ve ölçeklerdeki tüm soruların anlaşılır olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın birinci izleminde ve bundan sonraki izlemlerde verilerin toplanması için Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'nde uygun bir oda imkanı sorumlu aile hekimi tarafından araştırmacıya tahsis edilmiştir. Gebeler bu odaya sadece çocuğu ile birlikte alınmıştır. Mahremiyet içeren sorular gebelere direkt sorulmamıştır. Gebelerden bu soruları okuduktan sonra cevap vermesi rica edilmiştir.

Araştırmada veri toplama aşamasında üç izlem yapılmıştır. Hangi izlemlerin kimlere uygulandığı ve bu izlemlerde nelerin değerlendirildiğine dair basamaklar Şekil 3.6.1'de verilmiştir.

Şekil 3.6.1. Verilerin Uygulandığı İzlem Basamakları, İçerikleri ve Sayı Değişiklikleri



* Yenidoğanın cinsiyeti, doğum haftası ve doğum kilosu kayıt edilmiştir. Ayrıca doğum sonrasında annede ve yenidoğanda herhangi bir sorunun yaşanıp yaşanmadığı da kayıt altına alınmıştır. Annelerde doğumdan sonra herhangi bir problem yaşanmamıştır.

**Birinci ve ikinci izlemdeki kaynak no: (209).

***Üçüncü izlemdeki kaynak no: (210).

****Üçüncü izlemdeki kaynak no: (211).

3.6.1. Kortizol Hormon Düzeyi Ölçümü

Kortizol hormon düzeyi, temiz bir tüpe güç uygulanmadan veya zorlamadan ve en az yarım saat öncesinde yeme-içme, diş fırçalama işlemi olmadan gebelerden ve annelerden yaklaşık 4-5 ml tükürük örneği alınarak belirlenmiştir. Ruju olan annelerin rujlarını silmeleri, kanlı, balgamlı ve partiküllü olan tükürük örneklerinde annelerin tekrar vermeleri rica edilmiştir. Yeni doğanlarda tükürük örnek alım işlemi SIS (SalivaBio Infant's Swab) tüpleriyle yapılmıştır. Örnekler alındıktan hemen sonra Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'ndeki aşuların olduğu buzdolabında etiketlenerek -20 °C de saklanması sağlanmıştır. Örnekler çalışmaya hazır olduğunda -20 °C den çıkartılıp çözünmesi sağlanmıştır ve 2000 rpm de yetişkinde 10 dakika, yenidoğanda 3 dakika Türk yapımı santrifüj cihazı (NUVE NF 800R) ile santrifüj edilip süpernatant temiz bir tüpe alınmıştır. Bu süpernatant da kortizol düzeyleri ELISA [Enzyme Linked Immunosorbent Assay, (Enzime bağlı immunosorbent yöntem)] yöntemi kullanılarak ölçülmüştür ve ticari ELISA kitiyle (DiaMetra, İtalya) çalışılmıştır. Bu yöntemde tükürük kortizol düzeyi 5 saatte kantitatif sandviç enzim immünoassay tekniğiyle ölçülmektedir. Tükürük kortizola spesifik bir poliklonal antikor ile önceden kaplanmış mikropłaka kullanılır. Kortizol standartları ve örnekler immobilize antikor ve kortizole spesifik biyotinlenmiş poliklonal antikor arasına sıkıştırılır. Bağlanmayan tüm materyaller yıkanarak (ELISA yıkayıcı cihazı: Bio-Tek ELx50 ABD) uzaklaştırılır ve peroksidaz enzim substratı eklenir. Renk oluşması için karanlıkta bekletilir, asit çözeltisi eklenerek reaksiyonun durması sağlanır. Renk yoğunluğu spektrofotometrik olarak ELISA okuyucu (Bio-Tek ELx800ABD) ile 450 nm' de okunur. Çalışmaya katılanların tükürük kortizol düzeyleri standart grafik yardımıyla ng/mL olarak hesaplanmıştır (212-215).

Kan ile kontamine olmuş örnekler çalışmaya alınmamıştır. Sonuçlar, Gaziantep Üniversitesi'nin Biyokimya Laboratuvarı'nda değerlendirilmiştir.

3.6.2. Kortizol Hormon Düzeyi Tükürük Örneklerinin Alımı İçin Sağlanan Şartlar

Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, tüm izlemlerde idrar tahlili ve kan tetkiki yapılmaktadır ve gebelerin dört kez izlenmesi gerekmektedir (216). Çalışmamızdaki ilk izlemin yapıldığı 14 – 26. hafta, gebelerin birinci ve ikinci izlemlerine girmektedir. Çalışmamızdaki ikinci izlemin yapıldığı hafta 27 – 41. hafta, gebelerin üçüncü ve son izlemine girmektedir. Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'nde takipli tüm gebelerin tüm izlemlerinde, idrar tahlili ve kan tetkiki yapılmaktadır. Alınan idrar tahlili ve kan tetkiklerinin Gaziantep Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderilmek üzere öğlen en geç 12:30 saatine kadar alınmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013 Madde 10'a göre (1) Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışma mesaisi; sabah açılış 08:00-12:00 / 13:00-17:00 saatleri arasındadır. Bu yüzden kortizol hormon düzeyi için alınan tükürük örnekleri de sabah 08:00-12:00 arasında toplanmıştır. Çalışan gebeler varsa iş yerinden izin alıp sabah hangi saatlerde geleceklerinin bilgisi veya çalışan gebelerin izinli günlerinde geleceklerinin bilgisi Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan sağlık personelleri tarafından alınmıştır.

Ülkemizde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre hem doğum yapmış annelerin izlemlerinin (210) hem de yenidoğanın izlemlerinin yapılması ve yenidoğan tarama programları (218) kapsamında yenidoğandan doğum sonrası ilk bir ay içinde topuk kanının alınması için anneler Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'ne gelmektedir. Doğum sonu bakım izleminde gerekli durumlarda annelerden alınan kan tetkiki ile birlikte yenidoğandan da alınan topukkanı da Gaziantep Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderilmektedir. Bu yüzden lohusa annelerden de ve yenidoğanlardan da kortizol hormon düzeyi için alınacak tükürük örnekleri de sabah 08:00-12:00 arasında toplanmıştır. Annenin izlem tarihi annenin yakınlarına iletilip veya telefonla aranılıp Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'ne sabah gelmesinin gerektiği bilgisi sağlık çalışanı tarafından verilmektedir. Kaçırılan tüm vakalarda araştırmaya katılanların iletişim numarası ve adresi birinci izleminde alındığı içingebe veya anne izin verirse gebenin veya annenin evine sabah 08:00-12:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından ziyaret yapılarak tükürük örneği alınmıştır. Alınan tükürük örneğinin 10-15 dakika içerisinde Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezi'ndeki aşılarda olduğu buzdolabında etiketlenerek -20 °C de saklanması sağlanmıştır.

Yenidoğanlardan kortizol hormonu için tükürük örneği, araştırmacı tarafından SalivaBio Infant's Swab tüpünün kullanma talimatına göre yenidoğandan kortizol

hormonu için tükürük örneği alınmıştır. Swab tüpünün kullanma talimatına göre çubuğun bir ucu emniyetli bir şekilde tutulmuştur ve diğer ucu da dilin altına yerleştirilmiştir ve 60-90 saniye boyunca tükürük toplamak için swabı yerinde tutmak gerekmektedir. Daha sonra SIS'i depolama aygıtına yerleştirilmiştir. Ancak 60-90 saniye bekletildiğinde yenidoğandan yeterli tükürük alınamadığından çubuğun her bir ucu 2.5-3 dakika, toplamda yaklaşık olarak 5-6 dakika tutulmuştur. Bu arada araştırmacı tarafından eller yıkanıp non-steril eldiven giyilerek yenidoğandan tükürük örneği alınmıştır.

Yapılan bir çalışmada kortizol hormonu için tükürük örnekleri sabah 07:00–09:00 saatleri arasında toplanmıştır (219). Başka bir çalışmada da kortizol için tükürük hormon örnekleri 08:00 ile 12:00 saatleri arasında toplanmıştır (220). Bu çalışmalarda alınan tükürük örnekleri bizim çalışmamızda olduğu gibi tahlil edilene kadar -20 °C de dondurulmuştur. Çalışmamızda Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'ndeki aşuların olduğu buzdolabında etiketlenerek saklanan örneklerin sayısı arttıkça aşı nakil kabının içerisine buz aküleri yerleştirilerek en geç 15 dakika içerisinde araştırmacıya ait özel taşıtla örneklerin, Gaziantep Üniversitesi Biyokimya Laboratuvarı'na ulaştırılması sağlanmıştır. Örnek alımı tamamlanıncaya kadar örnekler Gaziantep Üniversitesi Biyokimya Laboratuvarı'nın buzdolabında -20 °C de saklanmaya devam etmiştir.

Araştırmanın birinci izleminde ve bundan sonraki izlemlerde verilerin toplanması için Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi'nde uygun bir oda imkanı sorumlu aile hekimi tarafından araştırmacıya tahsis edilmiştir. Birinci izlem uzun süreceği için gebelerden ilk önce tükürük örnekleri alınıp daha sonra anket formu, KYAİŞBÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır.

3.6.3. Veri Sayısı İle İlgili Olan Değişikliklerin Sebepleri

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına bağlı olduğu için 14 gebe katılmak istememiştir. Araştırmamızda birinci, ikinci ve üçüncü izlem verileri eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Ancak 250 gebeye ulaşıldığında, birinci izlemi alınmış gebelerin ikinci izlemi alınmak istendiğinde beş kaybın olduğu belirlenmiştir. Bu yüzden beş gebe daha alınarak araştırmanın birinci izlemindeki örneklem sayısı 255 olmuştur. Beş kaybın sebepleri ise şunlardır; **bir abortus** (19. gebelik haftasında gebede Sistemik Lupus Eritematozus hastalığı olduğu için erken membran rüptürüne bağlı ölü doğum), **iki tane kayıt aldırın gebe** (şehir dışına taşınma) ve **iki gebelik sonlandırılması** (biri fetüste

hidrosefali olduğu için 24 haftalık iken, diğeri de fetüste ileri derecede down sendromu olduğu için ikisi de ailenin istemiyle 21 haftalık iken).

Birinci izlemde tüm gebelerden kortizol hormon düzeyi için tükürük örneği alınmıştır. Ancak 64 gebeden alınan numuneler çeşitli sebeplerden ya da yetersiz olmasından dolayı kortizol hormon düzeyi için tükürük örneği çalışılmamıştır. **Toplam 191 gebenin birinci izlemde kortizol hormon düzeyi sonuçları mevcuttur.**

İkinci izlemde toplam 206 gebenin kortizol hormon düzeyi sonuçları mevcuttur. İkinci izlemde 8 gebenin kortizol hormon düzeyi için tükürük örneği çalışılmamıştır ve 9 gebede midesi bulandığı için tükürük örneği vermek istememiştir. Ancak bu gebelere Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Bunların dışında ikinci izlemde çeşitli sebeplerden (2 kişi şehir dışına taşınma, 2 kişi erken doğum yapma, 23 kişiye arayıp ulaşamama) dolayı tükürük örneği alınamayan ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanamayan 27 gebe daha bulunmaktadır. **İkinci izlemde 32 gebeye Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanamamıştır.**

Üçüncü izlemde toplam 194 lohusanın kortizol hormon düzeyi sonuçları mevcuttur. Üçüncü izlemde 4 lohusanın kortizol hormon düzeyi için tükürük örneği çalışılmamıştır ve 31 anne de tükürük örneği vermek istememiştir. Ancak bu annelere Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca ikinci izlemde belirtilen 7 veri kaybının yanı sıra 5 gebede de çeşitli nelerden dolayı yenidoğan ölümü olmuştur ve diğeri 14 anneye de ulaşılammıştır. Annelerden biri de ölçeğin uygulanmasını istememiştir. **Üçüncü izlemde 27 anneye Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanamamıştır.**

Toplam 224 yenidoğanın kortizol hormon düzeyi sonuçları mevcuttur ve 3 ikiz yenidoğan vardır. Ayrıca ikinci izlemde belirtilen 7 veri kaybının yanı sıra 5 yenidoğan ölümünden dolayı veri kaybı oldu. İkinci izlemde belirtilen ulaşılammayan 14 anne vardı. Geriye kalan 5 anne de bebeğinden tükürük örneği alınmasını istememiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri tabanı oluşturulmasında ve analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Tablolar yorumlanırken ‘p’ 0.05’ ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı, büyük olanlar anlamlı değil olarak yorumlanmıştır.

İstatiksel analizde nümerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu **Kolmogorov-Smirnov** testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun bulunmayanlarda non-parametrik test **Mann Whitney U** ve **Kruskal Wallis H** yapılmıştır. Birbiriyle ilişkili yinelenen ölçümlerde iki ölçüm arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığının test edilmesinde **Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi** kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı bilgilerine ilişkin verilerin **sayı-yüzde dağılımları**; birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerde uygulanan Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin puan ortalamalarının ve kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarının kendi içlerindeki değişimin karşılaştırılmasında **K-Related Samples**; oranların karşılaştırılmasında ise **ki-kare testi** yapılmıştır.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ölçeği’ndeki puan ortalamalarının Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği’ndeki puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasında **basit korelasyon analizi** yapılmıştır.

Korelasyon analizinde, iki değişken arasındaki ilişki +1 ile -1 arasında bir değer alabilmektedir. Eğer iki değişken birlikte artıyor ya da azalıyorsa buna pozitif ilişki, değişkenlerden birinin artması diğzerinin azalmasına sebep oluyorsa buna da negatif ilişki denilmektedir. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen r değerinin 0.00 ile .30 arasında olmasının düşük bir ilişkiye, .30 ile .70 arasında olmasının orta düzey bir ilişkiye ve .70 ile 1.0 arasında olmasının yüksek düzey bir ilişkiye işaret ettiği belirtildiği için çalışmamızda da bu şekilde açıklama yapılmıştır (221).

Çalışmamızda üç tane ikiz yenidoğan bebek bulunmaktadır. İkiz bebeklerin cinsiyeti kızdır. Doğum ağırlıkları ve kortizol hormon düzeyi sonuçları birbirine yakın olduğu için araştırmamızda bu sonuçların ortalaması alınmıştır.

3.7.1. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Puanlara Dönüştürülmesi İşlemi

KYAİŞBÖ'nin faktörlerine ait puanları ile ortalama toplam şiddet puanları hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan her başlık için seçenekler ve puan değerleri aşağıdaki gibidir (113).

Olumlu önermeler için: Asla	1 puan
Nadiren	2 puan
Ara sıra	3 puan
Sık sık	4 puan
Her zaman	5 puan

Olumsuz (reverse) önermeler için: (10, 11, 12, 18, 21, 22, 29,47, 48, 63, 65)

Asla	5 puan
Nadiren	4 puan
Ara sıra	3 puan
Sık sık	2 puan
Her zaman	1 puan

3.7.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeğine Verilen Yanıtlardan Elde Edilen Puanların Standardizasyonu ve Ortalama Toplam Puanların Elde Edilmesi

KYAİŞBÖ'nden belirlenen 9 faktör puanları toplanarak ortalamaları alınmış ve ortalama toplam ölçek puanı elde edilmiştir.

Ölçeği oluşturan faktörlerin her alt başlığına ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilmesi için standardizasyon uygulanmıştır.

Bu amaçla her boyuttan elde edilen ham puan o boyuttan alınabilecek en yüksek tavan puana bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 puan arasında değişmektedir.

Bölümlerin puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, bölüm sayısına bölünüp aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır. Standardizasyon sonrası puanlar; 0,00-2,00 çok düşük, 2,01-4,00 düşük, 4,01-6,00 orta, 6,01-8,00 yüksek ve 8,01-10,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (113).

KYAİŞBÖ'ne ait tüm faktörlerin alt başlıkları ve bu başlıktan alınan standardize puan ortalamalarının dağılımı Ek-7'de belirtilmiştir.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: KYAİŞBÖ puanı ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puanıdır.

Bağımsız değişkenler: Gebenin yaşı, eşin yaşı, gebenin ve eşin eğitim durumu ve mesleği, hanedeki birey sayısı, gelir durumu, sosyal güvence, eş ile beraberlik bağı, ilk evlenme yaşı, eş ile evlenme şekli, gebenin ve eşin sigara ve alkol kullanma durumları, gebenin kronik bir hastalık varlığı, çocuk sayısı, düşük ve küretaj sayısı, bebeğin cinsiyeti, gebelikte ilk kontrol zamanı ve kontrol sayısı, gebelikte riskli bir durum varlığı ve gebelikte anneyi üzen ya da strese sebep olan bir durumun varlığı, annenin doğum şekli (normal doğum, sezaryen) yenidoğan ile ilgili sonuçlar (doğum haftası, doğum ağırlığı vb.), kortizol hormon düzeyi sonuçları ile ilgili durumlardır.

Şekil 3.9. Araştırmanın İş-Zaman Çizelgesi

İş Plan No	İş Paketi Adı/Tanımı	Aylar ve Yıllar																					
		Aralık 2016	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	
1.	Araştırma konusu belirleme	X																					
2.	Araştırma ile ilgili literatür toplama	X	X														X	X	X	X	X		
3.	Araştırma izninin alınması		X	X	X																		
4.	Birinci izlem					X	X	X	X														
5.	İkinci izlem						X	X	X	X	X												
6.	Üçüncü izlem									X	X	X	X	X	X								
7.	Verilerin bilgisayara girilmesi												X	X	X	X	X	X	X	X	X		
8.	Sarf malzemelerin temin edilmesi								X	X						X	X	X					
9.	Kortizol seviyesinin ELIZA kiti ile çalışılması																		X	X			
10.	Verilerin analizi																X	X	X	X	X	X	
11.	Bilimsel yayın hazırlanması													X	X			X	X	X	X	X	X

3.10. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmada kullanılmış olan bazı sarf malzemeler, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP/2018/001) kapsamında temin edilmiştir. Diğer bazı sarf malzemeler de araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.11. Araştırmanın Danışmanlık Hizmeti

Araştırma sonrasında şiddete maruz kalan kadınlar için hiçbir müdahale yapılmadan bırakılmasının etik olmadığı düşünülerek, doğumdan sonra annelerle görüşüldüğünde gevşeme egzersizi ve şiddetle mücadele konusunda yasal haklarıyla ilgili eğitim verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan 255 gebeden elde edilen verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular şu başlıklar altında verilmiştir:

- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerini tanıtıcı bulgular
- Gebelerin evlilik ve çocuk sahibi olma durumları, obstetrik öyküsü, şu anki gebelikleri ve sahip oldukları bazı risk faktörleri ile ilgili bulguları
- Gebelerin maruz kaldıkları şiddet türleri ile ilgili bulguları
- Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne ait bulgular
- Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ne ait bulgular
- Yenidoğanla ilgili sonuçlara ait bulgular
- Kortizol hormon düzeyi sonuçlarına ait bulgular

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguları

Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=255)

	Sayı	Yüzde
Gebelerin yaş grubu		
17-21	29	11.4
22-26	77	30.2
27-31	74	29.0
32-36	46	18.0
≥ 37	29	11.4
Gebelerin öğrenim durumu		
Okur- yazar değil	4	1.6
Okur -yazar	5	2.0
İlkokul mezunu	103	40.4
Ortaokul veya ilköğretim mezunu	83	32.5
Lise mezunu	27	10.6
Yüksekokul/Üniversite mezunu	33	12.9
Gebelerin çalışma durumu		
Evet	22	8.6
Hayır	233	91.4
Gebelerin meslekleri		
Ev hanımı	233	91.4
Serbest meslek sahibi	2	0.8
Memur	7	2.7
İşçi	11	4.3
Diğer*	2	0.8

*Sigortacı ve sözleşmeli öğretmendir.

Araştırmaya katılan gebelerin %30.2'sinin 22-26 yaş arasında, %29.0'ının 27-31 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaş ortalaması ise 28.57±6.17 (17-46)'dır. Gebelerin öğrenim durumları incelendiğinde en yüksek oranda (%40.4) ilkokul mezunu oldukları belirlenmiştir. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%91.4) ev dışında bir ücret karşılığı çalışmayan ev hanımı oldukları görülmüştür (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=255)

	Sayı	Yüzde
Gebelerin eşlerinin yaş grubu		
20-24	18	7.1
25-29	69	27.1
30-34	83	32.5
35-39	58	22.7
≥ 40	27	10.6
Gebelerin eşlerinin öğrenim durumu		
Okur- yazar değil	3	1.2
Okur -yazar	2	0.8
İlkokul mezunu	96	37.6
Ortaokul veya ilköğretim mezunu	76	29.8
Lise mezunu	44	17.3
Yüksekokul/Üniversite mezunu	34	13.3
Gebelerin eşlerinin meslekleri		
Çalışmıyor	4	1.6
İşçi	218	85.5
Serbest meslek sahibi	19	7.5
Memur	12	4.7
Diğer*	2	0.8

*Emekli ve engelli raporu olandır.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin %32.5'inin 30-34 yaş arasında, %27.1'inin 25-29 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin yaş ortalaması ise 32.32±5.93

(20-52)'dir. Gebelerin eşlerinin öğrenim durumları incelendiğinde, %37.6'sının ilkokul mezunu olduğu, %29.8'inin ise ortaokul veya ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin meslek durumları incelendiğinde; eşlerin büyük bir çoğunluğunun (%85.5) işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Gebelerin Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=255)

	Sayı	Yüzde
Ev halkı hane sayısı		
< 5 kişi	213	83.5
≥ 5 kişi	42	16.5
Ailenin toplam aylık gelir durumu		
< 1600 TL	16	6.3
1600 TL	192	75.3
> 1600 TL	47	18.4
Gebenin gelir algısı		
Gelir giderden az	184	72.2
Gelir gidere eşit	71	27.8
Ailenin sosyal güvence durumu		
Sosyal güvencesi olan	223	87.5
Sosyal güvencesi olmayan	32	12.5

Araştırmaya katılan gebelerin ev halkı hane sayıları incelendiğinde; %83.5'inin 5 kişi altında aile oldukları belirlenmiştir. Ev halkı hane sayısı ortalaması ise, 3.41 ± 1.32 (2-9)'dir. Ailenin toplam aylık gelirinin %75.3 oranında 1600 TL olduğu ve aylık gelir ortalamasının 1811 ± 708.6 TL olduğu belirlenmiştir. Gebelerin büyük bir çoğunluğu (%72.2) gelirlerinin giderden az olduğunu ifade etmişlerdir ve %87.5'nin herhangi bir sosyal güvenceye (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart) sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

4.2. Gebelerin Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları, Obstetrik Öyküsü, Şu Anki Gebelikleri ve Sahip Oldukları Bazı Risk Faktörleri İle İlgili Bulguları

Tablo 4.2.1. Gebelerin Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=255)

	Sayı	Yüzde
Gebelerin şu anki evliliklerinin evlenme yaşı ($\bar{X}\pm Ss=21.80\pm 4.63$)		
13-17 yaş	37	14.5
18-22 yaş	128	50.2
23-27 yaş	59	23.1
28-32 yaş	22	8.6
33-37 yaş	9	3.5
Gebelerin eşlerinin şu anki evliliklerinin evlenme yaşı ($\bar{X}\pm Ss=25.72\pm 4.54$)		
16-20 yaş	10	3.9
21-25 yaş	137	53.7
26-30 yaş	78	30.6
31-35 yaş	22	8.6
37 yaş ve üzeri	8	3.1
Eşle evlenme şekli		
Tanışıp anlaşarak	98	38.4
Görücü usulü ile	148	58.0
Aile izni olmadan	9	3.5
Gebelerin evlilik süreleri		
< 2 yıl	74	29.0
> 2 yıl ≤ 5 yıl	68	26.7
> 5 yıl	113	44.3
Evlilik değerlendirme durumu		
Kötü	9	3.5
Orta	39	15.3
İyi	207	81.2

Araştırmaya katılan gebelerin %50.2 gibi büyük bir çoğunluğunun 18-22 yaş arasında şu anki evliliklerini yaptıkları belirlenmiştir. Gebelerin %14.5'i ise 13-17 yaş arasında evlenmişlerdir. Gebelerin şu anki evlenme yaş ortalamaları ise, 21.80 ± 4.63 (13-43)'dür. Gebelerin eşlerinin şu anki evliliklerinde evlenme yaşının %53.7'sinin 21-25 yaş arasında olduğu, %30.6'sının ise 26-30 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Gebelerin

eşlerinin şu anki evlenme yaş ortalamaları ise, 25.72 ± 4.54 (16-48)'dür. Gebelerin %58.0 gibi yüksek oranda eşleriyle görücü usulü ile evlenmişlerdir ve %44.3 gibi yüksek oranda evlilik sürelerinin 5 yıl üzerinde oldukları saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Gebelerin %81.2 gibi yüksek oranda evliliklerini iyi olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir ve %97.3 gibi büyük bir çoğunluğunun eşleri ile resmi nikahlı oldukları da belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Gebelerin ve Eşlerinin Alkol ve Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (n=255)

Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Alkol kullanmayan	255	100.0	212	83.1
Alkol kullanan	0	0.0	43	16.9
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içmeyen	234	91.8	103	40.4
Sigara içen	21	8.2	152	59.6

Araştırmaya katılan gebelerin ve eşlerinin sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları incelendiğinde; gebelerin tamamı, eşlerin ise %83.1'i hiç alkol almamaktadır. Gebelerin %91.8'i, eşlerin ise %40.4'ü sigara kullanmamaktadır. Sigara içmeyen gebelerin %5.1'i gebe olunca sigara içmeyi bırakmıştır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı (n=255)

Gebelerin Kronik Hastalık Durumu	Sayı	Yüzde
Kronik hastalığı olan*	36	14.1
Kronik hastalığı olmayan	219	85.9

* Diyabet, epilepsi, astım, guatr, migren, ülser, sedef hastalığı, boyun fıtığı, böbrekte kist olması, başta kist olması, talasemi, romatoidartrit, kalpte ritm bozukluğu ve kalp kapakçığında romatizma.

Araştırmaya katılan gebelerin, %14.1'inde kronik hastalığa sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n=177)

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı	Yüzde
1-2 çocuk	146	57.2
3-4 çocuk	28	11.0
5-6 çocuk	3	1.2

Araştırmaya katılan gebelerin, %30.6'sının çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=255)

Gebelerin Doğurganlık Özellikleri	Sayı	Yüzde
Bu gebelikle birlikte olan gebelik sayısı		
Primigravida (ilk kez gebelik geçiren kadın)	63	24.7
≥ 2 gebelik geçiren kadın	192	75.3
Düşük öyküsü		
Var	75	29.4
Yok	180	70.6
Düşük sayısı		
1 düşük	56	22.0
2 düşük	13	5.0
3 düşük	6	2.4
Küretaj öyküsü		
Var	42	16.5
Yok	213	83.5
Küretaj sayısı		
1 küretaj	31	12.2
2 küretaj	11	4.3
Gebeliklerin planlanma şekli		
Evet	218	85.5
Hayır	37	14.5
Bebeğin cinsiyet durumu		
Kız	122	47.8
Erkek	110	43.1
Bilinmiyor	22	8.7
İkiz (kız ve erkek)	1	0.4
Gebenin istediği cinsiyet durumu		
Kız	90	35.3
Erkek	39	15.3
Fark etmez	126	49.4
Eşin istediği cinsiyet durumu		
Kız	58	22.7
Erkek	51	20.0
Fark etmez	146	57.3
Gebelerin ilk kontrol zamanı		
İlk 3 ay	252	98.8
4 ay ve üzeri	3	1.2
Şu anki gebelik haftasına kadar izlem sayısının durumu		
1 ve 3 arası	71	27.8
4 ve 6 arası	136	53.4
7 ve üzeri	48	18.8

Araştırmaya katılan gebelerin doğurganlık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; ilk kez gebelik geçiren kadınların oranı %24.7'dir. Gebelerin, gebelik sayısı ortalamaları ise 2.78 ± 1.52 (en az 1, en çok 7) idi. Gebelerin %29.4'ünün düşük, %16.5'inin ise küretaj öyküsü olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %22'sinin bir kez düşüğü olduğu, %12.2'sinin de bir kez küretajı olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin %85.5'inin planlanarak yaşandığı tespit edilmiştir. Gebelerin %47.8'inin bebeğinin cinsiyeti kızdır, %43.1'inin ki ise erkektir. Gebenin ve eşin istediği cinsiyet durumuna bakıldığında; gebelerin %35.3'ü kız, %15.3'ü ise erkek çocuk, eşin; %22.7'si kız, %20'si ise erkek çocuk istemektedir. Gebelerin %98.8'i gibi büyük bir oranda, gebeliklerinin kontrolünü bir sağlık çalışanına (hekim, ebe, hemşire) yaptırdıkları tespit edilmiştir. Gebelerin şu anki gebelik haftasına kadar %53.4'ünün 4 ve 6 kez arası doğum öncesi izlem aldığı bulunmuştur (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Gebelerin Gebelik Sırasındaki Riskli Durumlarına Göre Dağılımı (n=255)

Gebenin Risk Durumu	Sayı	Yüzde
Var*	71	27.8
Yok	184	72.2

*Düşük tehlikesi, trombofili, enfeksiyon, miyom, down sendrom riski, kan uyuşmazlığı, gebenin 35 yaşın üzerinde olması, gestasyonel hipertansiyon, erken doğum tehlikesi, plasenta previa, bilmeden kullanılan epileptik ilaç kullanımı ve kalp kapakçığında romatizma olması.

Araştırmaya katılan gebelerin %27.8'inin gebeliklerinde riskli bir durum olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Gebelerin Gebelik Sırasında Strese Sebep Olan Durumlarına Göre Dağılımı (n=255)

Gebede Strese Sebep Olan Durum	Sayı	Yüzde
Var*	59	23.1
Yok	196	76.9

*Eşinin işten ayrılması, bir yakınının hasta olması veya vefatı, gebeliğe bağlı stres yaşaması, miyom büyüklüğüne bağlı endişe yaşaması, düşük korkusu, engelli çocuk kaygısı, baş ağrısı, bel ağrısı, ailevi sıkıntılar, eşinin cezaevinde olması, iş ile ilgili stres yaşaması ve eşinin istediği cinsiyet olmaması.

Araştırmaya katılan gebelerin %23.1'inin, gebeliklerinde strese sebep olan durumlar yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).

4.3. Gebelerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri İle İlgili Bulguları

Tablo 4.3.1. Gebelerin Gebelikte Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Şiddet Türlerinin Dağılımı (n=255)

Gebelikte şiddete maruz kalma durumu	Sayı	Yüzde
Evet	25	9.8
Hayır	230	90.2
Gebelikte maruz kalınan şiddet türlerinin durumu*		
Duygusal şiddet	99	38.8
Fiziksel şiddet	37	14.6
Ekonomik şiddet	21	8.2
Cinsel şiddet	19	7.4

*n katlanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin ifade ettikleri gebelikte şiddete maruz kalma ve şiddet türlerinin dağılımı incelendiğinde; %9.8'inin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddet türlerine bakıldığında %38.8'inin duygusal, %14.6'sının fiziksel, %8.2'sinin ekonomik, %7.4'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Gebelerin Gebelikte Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerinin Şekillerine Göre Dağılımı

Fiziksel şiddet şekillerinin durumu (n=37)	Sayı	Yüzde
Tokat atma	9	3.5
Üstüne yürüme	9	3.5
İtme	6	2.4
Tekmeleme	4	1.6
Saçını çekme	4	1.6
Diğer	5	2.0
Duygusal şiddet şekillerinin durumu (n=99)		
Sesini yükseltme	20	7.8
Ağır sözler söyleme	16	6.3
Küfür etme	15	5.9
Diğer	48	18.8
Ekonomik şiddet şekillerinin durumu (n=21)		
Aile geliri konusunda bilgi vermeme	9	3.5
Para vermeme ya da kısıtlama	8	3.1
Çalışmayı yasaklama	3	1.2
Parayı elinden alma	1	0.4
Cinsel şiddet şekillerinin durumu (n=19)		
İstenilmeyen cinsel davranışa zorlama	7	2.7
Zorla cinsel ilişkiye girme	7	2.7
Aşırı kıskanç davranma	5	2.0

Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte maruz kaldıkları şiddet türlerinin şekillerine göre dağılımı incelendiğinde; fiziksel şiddet uygulayan eşin bunu fiziksel şiddet şekillerinden gebeye tokat atma ve gebe kadının üstüne yürüme yoluyla gerçekleştirdiği en yüksek oranda bulunmuştur (%3.5; n=9). Tabloda diğer olarak belirtilenler ise; sert cisimle vurma ve yumrukla vurmadır. Gebenin eşi tarafından maruz kaldığı duygusal şiddet şekillerinden %7.8 gibi en yüksek oranda sesini yükseltme olduğu, ikinci olarak %6.3 oranında ağır sözler söylemenin olduğu tespit edilmiştir. Tabloda diğer olarak belirtilenler ise; lakap takma, tehdit etme, küçümseme, dayak ya da ölümlle korkutma, kıskançlık kavgası çıkarma, yakınlarıyla görüşmeyi engelleme, başkalarının önünde aşağılama ve odaya kapatmadır. Aile geliri konusunda bilgi vermeme (%3.5) ve para vermeme ya da kısıtlama (%3.1), gebelerin eşleri tarafından yüksek oranlarda maruz kaldıkları ekonomik şiddet şekli olduğu saptanmıştır. Cinsel şiddet uygulayan eşin bunu cinsel şiddet şekillerinden %2.7 oranında gebeyi istenilmeyen cinsel davranışa zorlama ve zorla cinsel ilişkiye girme, %2 oranında da aşırı kıskanç davranma yoluyla gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 4.3.2).

Tablolaştırmamakla birlikte gebenin eşinin eğitim seviyesinin düşük olmasıyla gebenin ekonomik şiddete maruz kalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Eşin meslek durumuyla gebenin fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin bu gebeliklerinde plansız gebe kalma ile fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eşin alkol kullanma durumuyla gebenin fiziksel, duygusal ve ekonomik şiddete maruz kalması arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

4.4. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ne Ait Bulguları

Tablo 4.4.1. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği'ni Oluşturan 9 Faktörden Elde Edilen Standardize Puanların Ortalamalarının Dağılımı

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeğini Oluşturan 9 Faktör	$\bar{X}\pm Ss$/Puan düzeyi	Min.	Max.
Faktör 1. Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet	2.26±0.85 (Düşük)	2.00	9.69
Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı	2.63±1.43 (Düşük)	2.00	10.00
Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet	5.93±1.49 (Orta)	2.00	10.00
Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar)	4.12±1.46 (Orta)	2.00	9.71
Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar	2.70±0.99 (Düşük)	2.00	10.00
Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi	2.63±1.29 (Düşük)	2.00	10.00
Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı	3.89±2.51 (Orta)	2.00	10.00
Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular	3.96±2.11 (Orta)	2.00	10.00
Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık	4.67±1.60 (Orta)	2.00	9.80
Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği	3.64±1.14	2.02	9.66

Araştırmaya katılan gebelerin kadına yönelik aile içi şiddeti belirleme ölçeği faktörlerinin ortalama toplam puanı 16.40±6.46'dır. Faktör 1'in ortalama puanının diğer faktörlere göre en yüksek oranda olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin kadına yönelik aile içi şiddeti belirleme ölçeği faktörlerinin standardize toplam ortalama puanı 3.64 ± 1.14 olarak hesaplanmıştır. Tüm faktörlerin standardize puanlarına bakıldığında, Faktör 3: Kadına yönelik ekonomik şiddet 5.93 ± 1.49 puan ile en yüksek puanlı şiddet belirleme faktörü olduğu görülmektedir. İkinci yüksek puan ise 4.67 ± 1.60 puan ile Faktör 9: Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlıktır.

Tüm faktörlerden alınan puanlar 10 puan üzerinden standardize edildiğinde (Tablo 4.4.1):

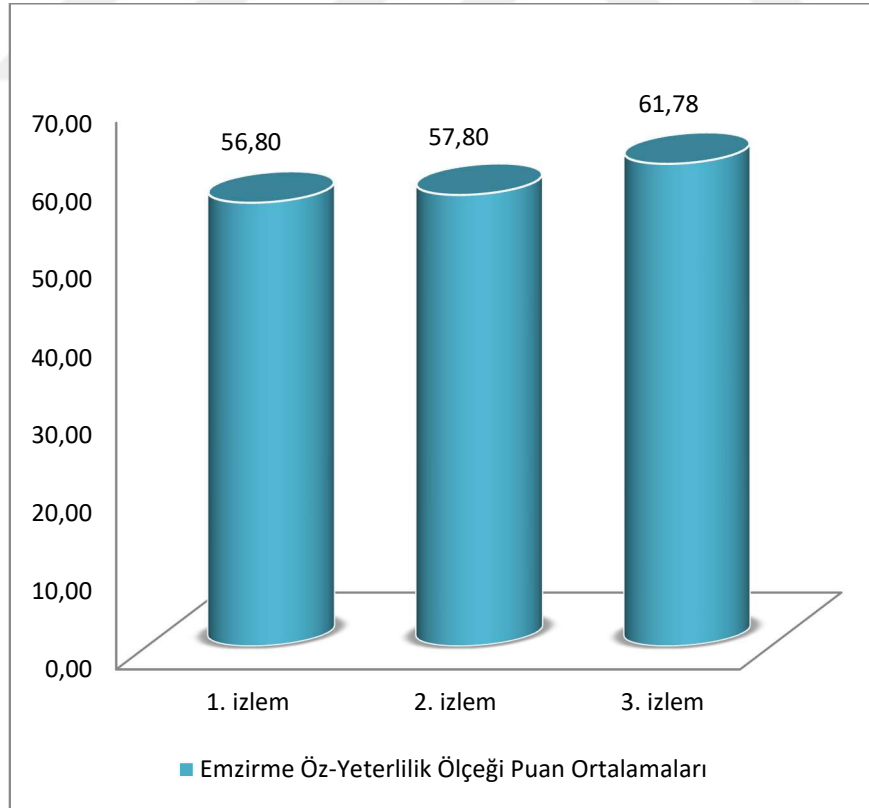
- Faktör 1 gebeler için düşük derecede şiddet oluşturmaktadır
- Faktör 2 gebeler için düşük derecede şiddet oluşturmaktadır.
- Faktör 4 gebeler için orta düzeyde şiddet oluşturmaktadır.
- Faktör 5 gebeler için düşük derecede şiddet oluşturmaktadır.
- Faktör 6 gebeler için düşük derecede şiddet oluşturmaktadır.
- Faktör 7 gebeler için orta düzeyde şiddet oluşturmaktadır.
- Faktör 8 gebeler için orta düzeyde şiddet oluşturmaktadır.

4.5. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ne Ait Bulgular

Tablo 4.5.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin		$\bar{X} \pm Ss$	Min.	Max.
	Min.	Max.			
Birinci izlem	14.00	70.00	56.80±7.33	18.00	68.00
İkinci izlem			57.80±6.06	17.00	70.00
Üçüncü izlem			61.78±8.18	14.00	70.00

Grafik 4.5.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı



Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; birinci izlemdaki ölçeğin puan ortalaması 56.80 ± 7.33 (min:18.00, max:68.00), ikinci izlemdaki ölçeğin puan ortalaması 57.80 ± 6.06 (min:17.00, max:70.00), üçüncü izlemdaki ölçeğin puan ortalaması 61.78 ± 8.18 (min:14.00, max:70.00) olarak saptanmıştır (Tablo 4.5.1) (Grafik 4.5.1).

Tablo 4.5.2. Gebelerin Birinci ve İkinci İzlemindeki, İkinci ve Üçüncü İzlemindeki, Birinci ve Üçüncü İzlemindeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Birinci ve İkinci İzlem	Sayı	Sıra ort.	Sıra top.	Z	p
Negatif sıra	95	99.10	9414.50	-1.782	0.075
Pozitif sıra	114	109.92	12530.50		
Eşit	14				
İkinci ve Üçüncü izlem					
Negatif sıra	45	73.59	3311.50	-7.530	0.001
Pozitif sıra	144	101.69	14643.50		
Eşit	14				
Birinci ve Üçüncü izlem					
Negatif sıra	49	77.71	3808.00	-8.490	0.001
Pozitif sıra	165	116.35	19197.00		
Eşit	14				

Araştırmaya katılan gebelerin birinci ve ikinci izlemindeki, ikinci ve üçüncü izlemindeki, birinci ve üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde; ikinci ve üçüncü izlemdaki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Birinci ve üçüncü izlemdaki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak fark ortaya çıktığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Fark puanlarının sıra

ortalamları ve sıra toplamları dikkate alındığında gözlenen bu farkın üçüncü izlemdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Tablo 4.5.2)

Tablo 4.5.3. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Emzirme Yeterlilik Ölçeği	Gebelerin Meslek Durumu				Z	p
	Ev Hanımı		Çalışan			
	Sayı	$\bar{X} \pm Ss$	Sayı	$\bar{X} \pm Ss$		
Birinci izlem	22	54.76±9.15	233	56.98±7.14	-0.943	0.346
İkinci izlem	17	57.23±6.61	206	57.84±6.03	-0.223	0.823
Üçüncü izlem	17	60.76±7.66	211	61.87±8.23	-0.689	0.491

Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının meslek durumuna göre dağılımı incelendiğinde; çalışan gebelerin emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları çalışmayan annelere göre yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5.3).

Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; en küçük yaş grubu olan 17-21 yaş grubunun ikinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması diğer yaş gruplarının ikinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarına göre daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. En yüksek yaş grubu olan 37 yaş ve üzeri gebelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması diğer yaş gruplarının üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarına göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Gebelerin emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre dağılımına bakıldığında da istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Öğrenim durumları okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu bir grup, ortaokul veya ilköğretim mezunu bir grup, lise ve üzeri mezunu olarak diğer grup şeklinde karşılaştırıldığında da aralarında bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.5.4. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Toplam Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Gebelerin Aylık Toplam Gelir Durumu						χ^2	p
	< 1600 TL		1600 TL		>1600 TL			
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$		
Birinci izlem	16	55.87±4.99	192	57.23±7.15	47	55.36±8.56	3.384	0.184
İkinci izlem	14	59.92±4.85	170	57.57±6.09	39	58.05±6.30	3.513	0.173
Üçüncü izlem	13	58.69±14.58	174	62.59±7.20	41	59.36±8.92	5.926	0.052

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının aylık toplam gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde; aylık toplam geliri 1600 TL'nin altında olan gebelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması ($\bar{X}\pm Ss=58.69\pm 14.58$), aylık toplam geliri 1600 TL olan ($\bar{X}\pm Ss=62.59\pm 7.20$) ve 1600 TL'nin üstünde olan ($\bar{X}\pm Ss=59.36\pm 8.92$) gebelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarına göre daha düşük olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5.4).

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalık durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; kronik hastalığa sahip olan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları, kronik hastalığa sahip olmayan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarına göre daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5.5. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Gebelik Sayısı				Z	p
	Primigravida		≥2 gebelik geçiren			
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$		
Birinci izlem	63	55.12±6.42	192	57.35±7.54	-3.010	0.003
İkinci izlem	55	56.90±7.41	168	58.09±5.55	-1.044	0.296
Üçüncü izlem	55	61.72±9.33	173	61.80±7.81	-0.441	0.659

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının gebelik sayısına göre dağılımında; primigravidaların birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasının ($\bar{X}\pm Ss=55.12\pm 6.42$) iki ve ikiden fazla gebelik geçirenlerin birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X}\pm Ss=57.35\pm 7.54$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5.5).

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının gebeliklerini planlanma şekline göre dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının gebelik sırasındaki riskli duruma göre dağılımı incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5.6. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelikleri Sırasında Strese Sebep Olan Durumlarına Göre Dağılımı

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Gebede Strese Sebep Olan Durum				Z	p
	Var		Yok			
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$		
Birinci izlem	59	56.61±7.98	196	56.86±7.15	-0.180	0.857
İkinci izlem	52	57.61±8.67	171	57.85±5.05	-0.632	0.527
Üçüncü izlem	53	59.03±12.02	175	62.62±6.41	-1.843	0.065

Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının gebelikleri sırasında gebede strese sebep olan durumuna göre dağılımına bakıldığında; strese sahip olan gebelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeğinin puan ortalaması ($\bar{X}\pm Ss=59.03\pm 12.02$), strese sahip olmayan gebelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasına ($\bar{X}\pm Ss=62.62\pm 6.41$) göre daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5.6).

Tablo 4.5.7. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelikte Aile İçi Şiddete ve Şiddet Türlerine Maruziyet Durumlarına Göre Dağılımı

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği					Z	p
Gebelikte Aile İçi Şiddete Maruz Kalma	Evet		Hayır			
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$		
Birinci izlem	25	56.44±7.68	230	56.84±7.31	-0.399	0.690
İkinci izlem	21	55.09±10.35	202	58.08±5.40	-1.352	0.176
Üçüncü izlem	20	54.05±13.95	208	62.53±7.01	-3.309	0.001
Gebelikte Fiziksel Şiddete Maruz Kalma						
Birinci izlem	10	58.50±5.66	245	56.73±7.40	-0.512	0.608
İkinci izlem	7	56.85±4.87	216	57.83±6.11	-0.788	0.431
Üçüncü izlem	8	56.62±13.95	220	61.97±7.88	-1.320	0.187
Gebelikte Duygusal Şiddete Maruz Kalma						
Birinci izlem	24	56.33±7.82	231	56.85±7.30	-0.445	0.656
İkinci izlem	20	55.05±10.62	203	58.07±5.39	-1.238	0.216
Üçüncü izlem	19	53.73±14.26	209	62.52±7.00	-3.232	0.001
Gebelikte Cinsel Şiddete Maruz Kalma						
Birinci izlem	11	6.09±8.14	244	56.83±7.31	-0.341	0.733
İkinci izlem	9	51.77±13.60	214	58.05±5.46	-1.618	0.106
Üçüncü izlem	10	49.80±17.30	218	62.33±7.12	-3.033	0.002
Gebelikte Ekonomik Şiddete Maruz Kalma						
Birinci izlem	11	56.09±7.94	244	56.83±7.32	-0.358	0.721
İkinci izlem	10	54.10±14.77	213	57.97±5.35	-0.463	0.644
Üçüncü izlem	10	60.70±7.10	218	61.83±8.24	-0.725	0.469

Gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının gebelikte aile içi şiddete maruziyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X}\pm Ss=54.05\pm 13.95$), gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan

ortalaması ($\bar{X} \pm Ss = 62.53 \pm 7.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebeliğinde fiziksel şiddete maruz kalanlarla kalmayanların birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Gebelikte duygusal şiddete maruz kalan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X} \pm Ss = 53.73 \pm 14.26$), gebelikte duygusal şiddete maruz kalmayan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması ($\bar{X} \pm Ss = 62.52 \pm 7.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelikte cinsel şiddete maruz kalan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X} \pm Ss = 49.80 \pm 17.30$), gebelikte cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması ($\bar{X} \pm Ss = 62.33 \pm 7.12$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Gebeliğinde ekonomik şiddete maruz kalanlarla kalmayanların birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.7).

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının doğum şekli, doğum haftası, bebeğinin doğum ağırlığı, bebeğinin cinsiyeti ve bebeğinde doğumdan sonra sorun olup olmama durumuyla dağılımı incelendiğinde arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5.8. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Belirleme Ölçeği'nden Elde Edilen Faktörlerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonların Dağılımı

Korelasyon Testi Sonuçları	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 1.izlem	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 2.izlem	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 3.izlem	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8	Faktör 9
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 1.izlem	1											
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 2.izlem	.430**	1										
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 3.izlem	.279**	.270**	1									
Faktör 1	-.016	-.068	-.246**	1								
Faktör 2	-.025	-.147*	-.199**	.815**	1							
Faktör 3	.102	-.155*	.017	.389**	.428**	1						
Faktör 4	.142*	-.009	-.106	.497**	.537**	.398**	1					
Faktör 5	-.065	-.208**	-.116	.713**	.680**	.503**	.418**	1				
Faktör 6	-.055	-.166*	-.194**	.645**	.669**	.203**	.289**	.504**	1			
Faktör 7	-.033	-.146*	-.081	.507**	.598**	.454**	.449**	.518**	.389**	1		
Faktör 8	-.050	-.123	-.104	.518**	.616**	.486**	.540**	.526**	.419**	.753**	1	
Faktör 9	-.101	-.146*	-.085	.450**	.504**	.462**	.322**	.422**	.476**	.427**	.506**	1

*p<0.05 **p<0.01

Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile ikinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda aralarında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($r=.430$, $p<0.01$). Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça ikinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması da doğrusal olarak artmaktadır. Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında da pozitif yönde, düşük bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r=.279$, $p<0.01$). İkinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında da pozitif yönde, düşük bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=.270$, $p<0.01$). İkinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması da doğrusal olarak artmaktadır (Tablo 4.5.8).

Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar) arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda pozitif yönde, düşük bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($r=.142$, $p<0.05$). Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça Faktör 4 puanı da doğrusal olarak artmaktadır. İkinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı, Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puan arasında negatif yönde, düşük bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $r=-.147$, $p<0.05$; $r=-.155$, $p<0.05$; $r=-.208$, $p<0.01$; $r=-.166$, $p<0.05$; $r=-.146$, $p<0.05$; $r=-.146$, $p<0.05$) (Tablo 4.5.8).

Üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 1. Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet, Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi arasında negatif yönde, düşük bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=-.246$, $p<0.01$; $r=-.199$, $p<0.01$; $r=-.194$, $p<0.01$). Üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça Faktör 1, Faktör 2 ve Faktör 6 puanı da doğrusal yönde azalmaktadır (Tablo 4.5.8).

Faktör 1.Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet ile Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı ve Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar arasında pozitif yönde yüksek bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=.815$, $p<0.01$; $r=.713$, $p<0.01$). Faktör 1 puanı arttıkça Faktör 2. ve Faktör 5. puanı da doğrusal olarak artmaktadır. Faktör 1.Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet ile Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=.389$, $p<0.01$; $r=.497$, $p<0.01$; $r=.645$, $p<0.01$; $r=.507$, $p<0.01$; $r=.518$, $p<0.01$; $r=.450$, $p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı ile Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=.428$, $p<0.01$; $r=.537$, $p<0.01$; $r=.680$, $p<0.01$; $r=.669$, $p<0.01$; $r=.598$, $p<0.01$; $r=.616$, $p<0.01$; $r=.504$, $p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet ile Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=.398$, $p<0.01$; $r=.503$, $p<0.01$; $r=.454$, $p<0.01$; $r=.486$, $p<0.01$; $r=.462$, $p<0.01$). Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet ile Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi arasında pozitif yönde düşük bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($r=.203$, $p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar) ile Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=.418$, $p<0.01$; $r=.449$, $p<0.01$;

$r=.540, p<0.01; r=.322, p<0.01$). Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar) ile Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi arasında pozitif yönde düşük bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($r=.289, p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar ile Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=.504, p<0.01; r=.518, p<0.01; r=.526, p<0.01; r=.422, p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi ile Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=.389, p<0.01; r=.419, p<0.01; r=.476, p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı ile Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular arasında pozitif yönde yüksek bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($r=.753, p<0.01$), Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında da pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($r=.427, p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ile Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=.506, p<0.01$) (Tablo 4.5.8).

4.6. Yenidoğan İle İlgili Sonuçlara Ait Bulgular

Tablo 4.6.1. Yenidoğana Ait Özelliklerin Dağılımı (n=228)

Yenidoğana Ait Özellikler	Sayı	Yüzde
Doğum ağırlığı		
< 2500 gram	26	11.4
≥ 2500 gram	202	88.6
Doğum haftası		
< 37 hafta	19	8.3
≥ 37 hafta	209	91.7
Cinsiyet		
Kız	119	52.2
Erkek	109	47.8
Doğum şekli		
Normal doğum	82	36.0
Sezaryen	146	64.0
Yenidoğan sorun durumu		
Var	44	19.3
Yok	184	80.7

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %88.6 gibi yüksek bir oranda bebeklerin 2500 gram ve üzerinde doğdukları tespit edilmiştir. Yenidoğanın doğum ağırlığı ortalaması ise 3119.75 ± 481.91 (1270-4900) 'dir. Bebeklerin %91.7 gibi yüksek bir oranda da 37 ve 37. gebelik haftasından sonra doğdukları belirlenmiştir. Yenidoğanın doğum haftası ortalaması ise 38.32 ± 1.73 (28-42)'dür. Gebelerin bebeklerinin cinsiyetlerinin benzer oranlarda olduğu görülmektedir. Cinsiyeti kız olan üç tane ikiz bebeğin olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin normal doğuma oranla sezaryen doğum oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin %19.3'ünde sorun olduğu (preterm bebeklerde solunum sıkıntısına bağlı olarak veya bazı bebeklerde bazı sıkıntılardan dolayı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatma olmuştur)ve bazı tanılar (parmak fazlalığı, hidronefroz, kistikfibrozis, konjenital hipotroid) aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.2. Gebelikte Aile İçi Şiddete Maruziyet Durumunun Yenidoğanın Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelikte Aile İçi Şiddete Maruz Kalma								
	Evet		Hayır		Toplam		χ^2	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Doğum ağırlığı								
< 2500 gram	2	7.7	24	92.3	26	100.0	0.043	0.836
≥ 2500 gram	18	8.9	184	91.1	202	100.0		
Sorun durumu								
Var	6	13.6	38	86.4	44	100.0	1.612	0.204
Yok	14	7.6	170	92.4	184	100.0		
Doğum haftası								
< 37 hafta	5	26.3	14	73.7	19	100.0	7.972	0.005
≥ 37 hafta	15	7.2	194	92.8	209	100.0		

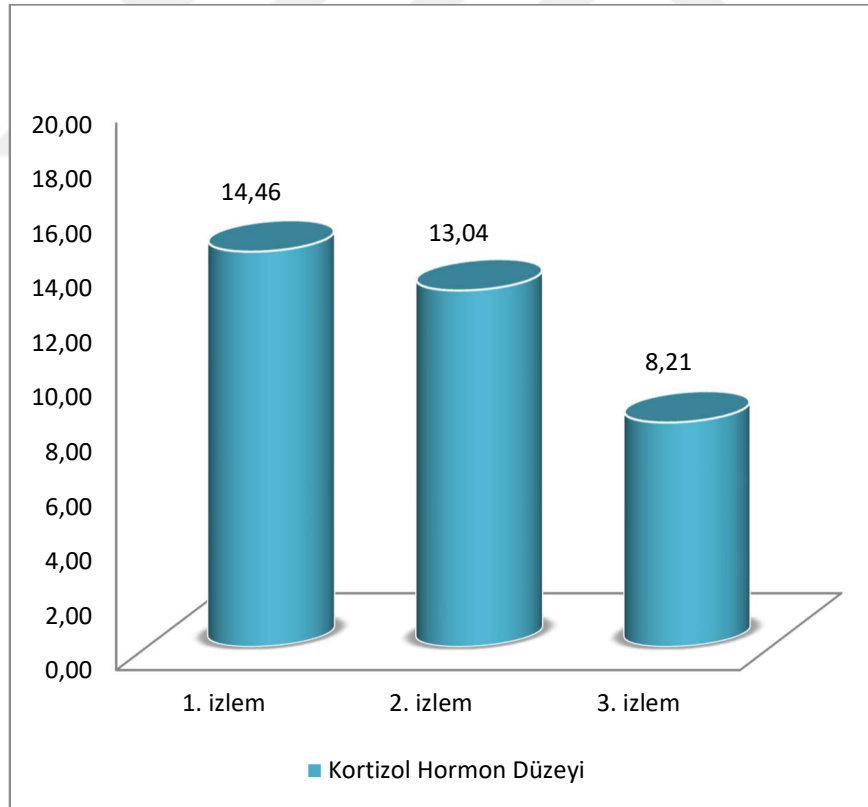
Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte aile içi şiddete maruziyet durumunun bebeklerinin doğum ağırlığına göre dağılımı incelendiğinde; gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalma durumuyla bebeklerin doğum ağırlığı ve yenidoğandaki sorun durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalma durumuyla bebeklerin doğum haftası arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6.2).

4.7. Gebelerin Kortizol Hormon Düzeyi Sonuçlarına Ait Bulguları

Tablo 4.7.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarının Dağılımı (n=117)

Kortizol Hormon Düzeyi	$\bar{X}\pm Ss$	Min.	Max.
Birinci izlem	14.46±7.11	2.05	36.32
İkinci izlem	13.04±6.80	0.07	44.90
Üçüncü izlem	8.21±6.13	0.19	47.03

Grafik 4.7.1. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü İzlemlerdeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarının Dağılımı



Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi tam olan 117 verinin sonuç ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; birinci

izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması 14.46 ± 7.11 (min:2.05, max:36.32), ikinci izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması 13.04 ± 6.80 (min:0.07, max:44.90), üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması 8.21 ± 6.13 (min:0.19, max:47.03) olarak bulunmuştur (Tablo 4.7.1) (Grafik 4.7.1).

Tablo 4.7.2. Gebelerin Birinci ve İkinci İzlemindeki, İkinci ve Üçüncü İzlemindeki, Birinci ve Üçüncü İzlemindeki Kortizol Hormon Düzeyi Sonuç Ortalamalarına Göre Dağılımı

Birinci ve İkinci İzlem	Sayı	Sıra ort.	Sıra top.	Z	p
Negatif sıra	82	79.56	6499.00	-1.727	0.084
Pozitif sıra	67	69.29	4676.00		
Eşit	0				
İkinci ve Üçüncü izlem					
Negatif sıra	132	89.86	11862.00	-7.747	0.001
Pozitif sıra	35	61.89	2166.00		
Eşit	0				
Birinci ve Üçüncü izlem					
Negatif sıra	112	75.43	8448.00	-7.533	0.001
Pozitif sıra	27	47.48	1282.00		
Eşit	1				

Araştırmaya katılan gebelerin birinci ve ikinci izlemindeki, ikinci ve üçüncü izlemindeki, birinci ve üçüncü izlemindeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde; ikinci ve üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Birinci ve üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında da istatistiksel olarak fark ortaya çıktığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Fark puanlarının sıra ortalamaları ve sıra toplamları dikkate alındığında gözlenen bu farkın üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Tablo 4.7.2).

Tablo 4.7.3. Gebelerin ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Kortizol Hormon Düzeyleri							
	Birinci izlem		İkinci izlem		Üçüncü izlem		Yenidoğan	
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$
Gebelik Sayısı								
Primigravida	49	16.35±10.91	53	13.84±7.00	43	7.87±5.11	53	12.61±8.87
≥2 gebelik geçiren	142	14.11±6.89	153	13.48±6.67	151	8.83±6.50	171	13.22±8.29
	Z= -0.766	p=0.444	Z= -0.447	p=0.655	Z= -0.651	p=0.515	Z= -0.890	p=0.373
Gebelerin Kronik Hastalık Durumu								
Var	26	14.75±7.84	31	13.65±7.91	26	7.40±4.42	30	12.71±8.12
Yok	165	14.68±8.21	175	13.56±6.54	168	8.80±6.44	194	13.14±8.48
	Z= -0.082	p=0.935	Z= -0.394	p=0.694	Z= -1.154	p=0.248	Z= -0.270	p=0.836
Gebeliklerin Planlanma Şekli								
Evet	165	14.74±8.30	177	13.91±6.85	168	8.61±6.37	194	12.94±8.43
Hayır	26	14.34±7.17	29	11.52±5.70	26	8.65±5.26	30	13.98±8.44
	Z= -0.038	p=0.970	Z= -1.699	p=0.089	Z= -0.330	p=0.741	Z= -0.887	p=0.375
Gebelikteki Riskli Durumu								
Var	48	13.24±7.57	57	13.78±5.85	55	7.82±4.22	61	13.73±8.41
Yok	143	15.17±8.29	149	13.49±7.07	139	8.93±6.84	163	12.83±8.43
	Z= -1.768	p=0.077	Z= -0.924	p=0.356	Z= -0.390	p=0.696	Z= -0.754	p=0.451
Gebelikteki Stres Durumu								
Var	44	13.72±8.22	49	13.62±5.98	45	7.33±4.05	53	14.13±8.05
Yok	147	14.97±8.12	157	13.55±6.98	149	9.00±6.70	171	12.75±8.52
	Z= -1.074	p=0.283	Z= -0.616	p=0.583	Z= -0.390	p=0.696	Z= -1.540	p=0.123

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarının gebelik sayısına göre dağılımı incelendiğinde; primigravidaların kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları ile iki ve ikiden fazla gebelik geçirenlerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Gebelerin kronik hastalık durumuyla birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Gebelerin gebeliklerini planlama şekliyle birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin gebelik sırasındaki riskli durumuyla birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelik sırasında strese sahip olan gebelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması, strese sahip olmayan gebelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasına göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7.3).

Tablo 4.7.4. Gebelerin Aile İçi Şiddete ve Şiddet Türlerine Maruziyet Durumunun Kortizol Hormon Düzeylerine Göre Dağılımı

	Kortizol Hormon Düzeyleri							
	Birinci izlem		İkinci izlem		Üçüncü izlem		Yenidoğan	
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$
Gebelikte Aile İçi Şiddete Maruz Kalma								
Evet	17	14.88±9.43	19	11.49±5.38	19	10.26±10.39	21	17.18±8.46
Hayır	174	14.67±8.03	187	13.78±6.84	175	8.44±5.61	203	12.65±8.32
	Z= -0.416	p=0.677	Z= -1.113	p=0.266	Z= -0.069	p=0.945	Z= -2.922	p=0.003
Fiziksel Şiddete Maruz Kalma								
Evet	7	11.17±4.86	7	11.75±5.97	8	8.06±5.73	8	14.24±7.12
Hayır	184	14.82±8.22	199	13.63±6.77	186	8.64±6.25	216	13.04±8.47
	Z= -1.149	p=0.250	Z= -0.203	p=0.839	Z= -0.280	p=0.780	Z= -0.839	p=0.402
Duygusal Şiddete Maruz Kalma								
Evet	16	15.29±9.58	18	11.80±5.37	18	10.58±10.59	20	17.26±8.67
Hayır	175	14.63±8.02	188	13.74±6.84	176	8.41±5.60	204	12.67±8.30
	Z= -0.130	p=0.897	Z= -0.795	p=0.427	Z= -0.337	p=0.736	Z= -2.818	p=0.005
Cinsel Şiddete Maruz Kalma								
Evet	9	13.43±8.83	9	11.30±5.61	10	7.31±3.66	10	17.31±7.65
Hayır	182	14.75±8.12	197	13.67±6.78	184	8.69±6.33	214	12.88±8.41
	Z= -0.865	p=0.387	Z= -0.638	p=0.524	Z= -0.364	p=0.716	Z= -2.087	p=0.037
Ekonomik Şiddete Maruz Kalma								
Evet	7	14.33±5.61	7	11.35±6.08	7	5.46±2.02	9	14.73±5.42
Hayır	184	14.70±8.23	199	13.65±6.76	187	8.73±6.30	215	13.01±8.52
	Z= -0.286	p=0.775	Z= -0.419	p=0.675	Z= -1.153	p=0.120	Z= -1.431	p=0.153

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarının gebelikte aile içi şiddete maruziyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının, gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7.4).

Karıştırıcı faktör olarak düşünülen gebelik sırasında strese sahip olanlar çıkarılarak araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarının gebelikte aile içi şiddete maruziyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasıyla, gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.031$).

Gebelikte fiziksel şiddete maruz kalma durumuyla birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebeliğinde duygusal şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının, gebeliğinde duygusal şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gebeliğinde cinsel şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması ile ($\bar{X}\pm Ss=17.31\pm 7.65$) gebeliğinde cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması ($\bar{X}\pm Ss=12.88\pm 8.41$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gebelikte ekonomik şiddete maruz kalma durumuyla birinci, ikinci ve üçüncü izlemdeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7.4).

Tablo 4.7.5. Üçüncü İzlemdaki (Lohusaların) ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Yenidoğanın Özelliklerine Göre Dağılımı

Kortizol Hormon Düzeyleri				
	Üçüncü izlem		Yenidoğan	
	Sayı	$\bar{X} \pm Ss$	Sayı	$\bar{X} \pm Ss$
Doğum ağırlığı				
< 2500 gram	20	7.32±4.98	25	11.43±6.08
≥ 2500 gram	172	8.64±6.28	197	13.17±8.59
	Z= -1.061	p=0.289	Z= -0.402	p=0.688
Doğum haftası				
< 37 hafta	17	5.90±2.85	18	13.36±9.33
≥ 37 hafta	175	8.76±6.34	204	12.94±8.28
	Z= -2.199	p=0.028	Z= -0.230	p=0.818
Yenidoğanın sorun durumu				
Var	39	6.71±4.07	41	11.67±8.04
Yok	153	8.96±6.52	181	13.27±8.41
	Z=-2.447	p=0.014	Z= -1.298	p=0.194

Üçüncü izlemdaki (Lohusaların) ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarının yenidoğanın özelliklerine göre dağılımına bakıldığında; yenidoğanın doğum ağırlığı 2500 gramın altında olanların, 2500 gram ve üzerinde olanlara göre üçüncü izlemindeki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması daha az olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). 37 ve 37. haftanın üstünde doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları, 37. haftanın altında doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yenidoğandaki sorun durumuyla annelerin üçüncü izlemindeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). (Tablo 4.7.5). Yenidoğanın cinsiyet durumuyla üçüncü izlemdaki ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$)

Tablo 4.7.6. Üçüncü İzlemdaki (Lohusaların) ve Yenidoğandaki Kortizol Hormon Düzeylerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı

Kortizol Hormon Düzeyleri	Gebelerin Doğum Şekli				Z	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$	Sayı	$\bar{X}\pm Ss$		
Üçüncü izlem	71	8.17±6.29	121	8.70±6.10	-1.515	0.130
Yenidoğan	80	12.93±8.75	142	13.00±8.15	-0.042	0.966

Gebelerin doğum şekli ile üçüncü izlemdaki (Lohusaların) ve yenidoğandaki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7.6).

Araştırmaya katılan gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Belirleme Ölçeği'nden elde edilen faktörlerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasındaki korelasyonların dağılımına bakıldığında; Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Belirleme Ölçeği'nden elde edilen tüm faktörler ile birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasındaki korelasyonların dağılımına bakıldığında da; birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguların Tartışması

Gebelikte aile içi şiddet ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Bolu ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada gebelerin %31.9'u 20-24, %26.7'si 25-29 yaş grubundadır (222). Yapılan bir diğer çalışmada gebelerin %27.4'ü 25 yaş ve altındadır, %42'si 26-30 yaş arasındadır (223). Kapan ve Yanikkerem'in yaptıkları çalışmada gebelerin yaş grubu ortalaması 28.4±4.4 (18-42) olarak bulunmuştur (126). Şahin ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada gebelerin yaş ortalaması 28.28±4.66 (18-41)'dir (224). Araştırma bulguları literatürdeki bulgularla benzerdir.

Gençer ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerinin yaş ortalaması 31.1±5.6 yıldır (225). Yapılan başka bir çalışmada gebelerin eşlerinin %40.7'sinin 30-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (137). Bizim araştırmamızdaki bulgularla paralel olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin öğrenim durumları incelendiğinde en yüksek oranda (%40.4) ilkokul mezunu oldukları görülmüştür. Yapılan benzeri çalışmalarda gebelerin çoğunun ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (126,132,226). 2014 yılındaki Araştırma'ya göre; kadınların %41'i sadece ilkokul düzeyinde eğitim almıştır (9). Araştırma bulgularının literatürdeki bulgularla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı tespit edilmiştir. Çalışan gebelerin oranı ise %8.6'dır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Kasım 2017 Temel İşgücü Göstergeleri veri tabanına göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri toplam nüfus 60 milyon 223 bindir. Bu nüfusun 30 milyon 399 bini kadınlardan ve 29 milyon 824 bini de erkeklerden oluşmaktadır. İşgücü olarak nitelendirilen 15 yaşın üzerindeki toplam nüfus içerisinde istihdam oranı erkeklerde %65.8'dir kadınlarda ise bu oran %29.3 seviyesindedir (227). Çalışmamızda olduğu gibi ülkemizde de kadın nüfusun çalışma oranlarının daha az olduğu görülmektedir.

Bolu ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada gebelerin %81.7'si ev hanımıdır (222). Yapılan başka bir çalışmada gebelerin %84,9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır (225). Kapan ve Yanikkerem'in çalışmasında da gebelerin büyük çoğunluğu

çalışmamaktadır (%91.5) (126). 2011 yılında yapılan Aile Yapısı Araştırması'na göre; kadınların görevinin çocuk bakma ve ev işleri olduğu düşüncesiyle kadınların çalışmasına karşı çıkanlar bütün bölgelerde yüksek oranda bulunmuştur (40). Araştırma bulgularının literatürdeki bulgularla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin öğrenim durumları, gebelere göre daha yüksek oranda bulunmuştur. 2014 yılındaki Araştırma'ya göre; erkeklerin eğitim seviyesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (9). TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 örnekleminde yer alan hane halklarında erkeklerin %84'ü ilköğretim ve üzerini tamamlamışken bu oran kadınlarda %72'dir (228). Türkiye'de 2016 yılında, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve en az bir eğitim düzeyini tamamlayanların toplam nüfus içindeki oranı %88.9 iken bu oran erkeklerde %95.1, kadınlarda ise %82.8 olmuştur (229). Bu durumun, bizim araştırmamızdaki bulgularla paralel olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin meslek durumları incelendiğinde; eşlerin büyük bir çoğunluğunun (%85.5) işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Gebelerin eşinin %1.6'sının çalışmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada gebelerin eşinin %5'inin çalışmadığı (132) bir diğer çalışmada gebelerin eşinin %93.5'inin çalıştığı bulunmuştur (225). İzmirli'nin yaptığı çalışmada erkeklerin %71.2'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı ve çoğunun da işçi (%53.8) olduğu tespit edilmiştir (164). Araştırma bulguları literatürdeki bu bulgularla benzerdir.

Gebelerin ev halkı hane sayıları incelendiğinde; %83.5'inin 5 kişi altında aile oldukları belirlenmiştir. Ev halkı hane sayısı ortalaması ise, 3.41 ± 1.32 (2-9)'dir. 2014 yılındaki çalışma sonuçlarına göre; Türkiye'de ortalama hane halkı büyüklüğünün 4 kişinin altına düştüğü tespit edilmiştir (9). TNSA-2013 verilerine göre de ortalama hane halkı büyüklüğü de 3.6 kişidir (228). Elde edilen bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşadığı hanedeki birey sayısı Türkiye'deki ortalamasından biraz yüksek olduğu söylenebilir.

Gebelerin sosyoekonomik özellikleri incelendiğinde; aylık gelir ortalamasının 1811 ± 708.6 TL olduğu ve gebelerin büyük bir çoğunluğunun gelirlerinin giderden az olduğunu ifade ettikleri ve sağlık güvencelerinin olduğu görülmüştür. Çalışma bulgusuyla benzer olarak Güler'in yaptığı çalışmada da gebelerin %83.6'sının sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur ve %60'ı da ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmiştir (132). Yanikkerem ve Saruhan'ın yaptıkları çalışmada kadınların %43.4'ü, gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada kadınların %65.2'sinin herhangi bir sosyal güvenceye sahip oldukları bulunmuştur (129). Dindaş'ın çalışmasında

kadınların çoğunluğunun ailenin gelirini orta olarak değerlendirdiği ve sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır (230). Mammadov'un çalışmasında da gebelerin sosyoekonomik özellikleri incelendiğinde, çoğunluğunun gelirini "orta" olarak değerlendirdiği ve %85.8'inin sağlık güvencesinin olduğu görülmüştür (223). Elde edilen bulgulara göre çalışmamızda gebelerin ekonomik durumunun zayıf olduğu görülmektedir.

5.2. Gebelerin Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları, Obstetrik Öyküsü, Şu Anki Gebelikleri ve Sahip Oldukları Bazı Risk Faktörleri İle İlgili Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan gebelerin büyük bir çoğunluğu 18-22 yaş arasında şu anki evliliklerini yapmışlardır. Eşlerinin ise büyük bir çoğunluğunun evlenme yaşınının 21-25 yaş arasında olduğu görülmektedir. Türkiye'de 25-49 yaşlarındaki kadınların %22'si 18 yaşına kadar, %41'i 20 yaşına kadar evlenmektedir (228). Ülkemizde ilk evliliklerin %56.9'u 18-24 yaş aralığında gerçekleşmektedir. Kadınların %58.8'i, erkeklerin ise %55'i 18-24 yaş aralığında evlenmektedir (40). Akalın'ın çalışmasında da kadınların evlilik yaşı ortalaması 21.80 ± 4.36 , eşlerin ise 25.40 ± 4.42 olarak bulunmuştur (226). Elde edilen araştırma bulguları bu bulgularla benzerdir. Ayrıca araştırmamızın bulgularına göre; erken yaşta yapılan evliliklerin sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında, ülkemiz açısından önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Erken yaşta yapılan evliliklerde kadınlar, daha erken doğurganlık riski altına girdikleri için, bu durumun kadınların sağlığı üzerinde ciddi ve olumsuz sonuçlarının görülmesi de mümkündür (9).

Göğüş ve Yıldız'ın çalışmasında gebelerin %79.7'si eşleriyle tanışıp anlaşarak evlendiklerini ve %59.3'ü evlilik durumlarını "fena değil" olarak ifade etmişlerdir (137). Gençer ve ark.'larının yaptığı çalışmada da gebelerin %53.6'sı da tanışıp aile onayı alarak evlendiklerini belirtmişlerdir (225). Diğer bir çalışmada kadınların %57'sinin anlaşarak evlendiği ve %61'inin evliliğini iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür (226). Gebelerin evlilik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde elde edilen eşle evlenme şekli durumu bulguları, yapılan diğer araştırma bulguları ile farklılık göstermektedir. Bu durumun araştırma bölgesinin kırsal yerleşimde olması, kişilerin kültürel özellikleri, yetiştirildikleri aile ortamı ve eğitim düzeyinin düşüklüğü gibi faktörlerin etkileşiminden kaynaklanması sonucunda olduğu düşünülmektedir.

İzmirli'nin çalışmasında araştırma grubunun çoğu 10-19 yıllık evlidir (%37.3) (164). Yanikkerem'in çalışmasında araştırma grubunun %28.9'unun 5 yıl ve altı, yine

%28.9'un 6-10 yıl arası evli oldukları saptanmıştır (113). Çalışmamızda gebelerin evlilik süresi bulguları ve evliliklerini değerlendirme bulguları, bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %97.3 gibi büyük bir çoğunluğunun eşleri ile resmi nikahlı (medeni ve imam nikahlı) oldukları belirlenmiştir. Bu oran toplumumuzun kültürel yapısı hakkında önemli bir fikir birliği olduğunu göstermektedir. 2011 yılındaki Aile Yapısı Araştırması'na göre; araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun (%93.7) hem resmi hem de dini nikah yaptıkları tespit edilmiştir (40).

Gebelerin ve eşlerinin alkol kullanma alışkanlıkları incelendiğinde; gebelerin hiç, eşlerin ise %83.1'i alkol kullanmamaktadır. Sigara içmeyen gebelerin oranı eşlerine oranla neredeyse iki katıdır (sırasıyla %86.7; %40.4). Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere erkekler kadınlara göre daha fazla oranda sigara kullanmaktadır. Bolu ve ark.'larının yaptığı çalışmada gebelerin ve eşlerinin yaşadığı aile ortamındaki bireylerin %82.2'sinin alkol kullanmadığı bulunmuştur (222).Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelerin %91.3'ü gibi büyük bir çoğunluğunun bağımlılık yapan alışkanlığının olmadığı belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin ise %35.1'inin bağımlılık yapan alışkanlıklara sahip oldukları tespit edilmiştir (223). Araştırma bulguları literatürdeki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Gebelerin, %14.1'inde çeşitli kronik hastalıklara sahip oldukları bulunmuştur. İzmirli'nin çalışmasında kadınların %18.1'inde kronik hastalığa sahip oldukları saptanmıştır (164). Bir diğer çalışmada ise kırsal bölgede yaşayan gebelerin %87.5'inde, kentsel bölgede yaşayan gebelerin %26.5'inde kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir (126). Yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da gebe kadınlar çeşitli kronik hastalıklara sahiptir.

Araştırmaya katılan gebelerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre dağılımına bakıldığında; %30.6'sının çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Büyük bir çoğunluğunun da 1-2 çocuğa sahip oldukları bulunmuştur. Mammadov'un çalışmasında gebelerin %31.9'unun bir çocuğa, %3.6'sının iki çocuğa sahip olduğu görülmüştür (223). Bir diğer çalışmada gebelerin %26.6'sının çocuğunun olmadığı, %43.3'ünün bir çocuğu, %20'sinin iki çocuğu, %3.3'ünün üç çocuğu, %6.6'sının üçten fazla çocuğu olduğu tespit edilmiştir (225). Araştırmanın bulguları bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin doğurganlık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; ilk kez gebelik geçiren kadınların oranı %24.7'dir. Gebelerin sahip olduğu kız çocuk oranları ile erkek çocuk oranları benzerdir. Mammadov'un çalışmasında gebelerin %53.4'ünün ilk gebeliği olduğu ve %81.2'sinin planlı bir şekilde gebe kaldığı

bulunmuştur (223). İzmirli'nin çalışmasında çocuk sahibi olanların %70.4'ünün kız, %69.2'sinin erkek çocuğu olduğu tespit edilmiştir (164). Akalın'ın çalışmasında kadınların çoğunluğunun düşük ya da küretaj öyküsü olmadığı ve büyük çoğunluğunun %61.5'inin gebeliklerini isteyerek yaşadığı saptanmıştır (226). Bir diğer çalışmada ise gebeliklerin %74.6'sının planlı olduğu saptanmıştır (137). Çalışmamızda gebelerin %14.5'i plansız bir şekilde gebe kalmıştır. Gebelik sayısı, kız ve erkek çocuk sayısı, düşük ve küretaj öyküsü, gebeliğin planlanma şekli yönünden araştırma bulguları, bu bulgularla benzerdir.

Çalışmamızda istenilen bebek cinsiyeti durumunun "fark etmez" olarak ifadesi hem anne hem de baba açısından benzer oranlardadır (sırasıyla %49.4, %57.3). Gebelerin eşlerine göre daha fazla oranda kız çocuk istedikleri, eşlerinde gebelere göre biraz daha fazla oranda erkek çocuk istedikleri tespit edilmiştir. Kapan ve Yanıkkerem'in çalışmasında gebelerin %2.5'inin kız, %70.8'inin erkek, eşlerinin ise %3.3'ünün kız, %72.5'inin erkek çocuk istediği bulunmuştur (126). Bir başka çalışmada ise gebelerin ve eşlerinin yüksek oranlarda bebeğin cinsiyetinden memnun oldukları saptanmıştır (223). Çalışmamızda ebeveynlerin bebek cinsiyetinden yüksek oranda memnun olmalarının sebebi, doğurganlığın yüksek olduğu kırsal bölgede ailelerin her iki çocuk cinsiyetine de sahip olmalarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca doğum öncesi bakımla tüm gebelerin en az 4 kez izlenmesi gerektiği bunun da şu şekilde yapılması; 1. izlem 4. aydan önce (16.hft), 2. izlem 6. ayda (24.hft), 3. izlem 8. ayda (32. hft), 4.izlem 9. ayda (36.hft) önerilmektedir (216). 2001'de DSÖ'nün DÖB'in yeterli bir bakım olarak değerlendirilebilmesi için önerdiği kriterler; DÖB'in bir sağlık personeli (ebe/hemşire/doktor) tarafından verilmiş olması, gebeliğin ilk üç ayda yapılmış olması, tüm gebelik boyunca en az dört kez alınmış olmasıdır (231). Ülkemizde kadınların % 90'ı önerildiği gibi gebeliklerinin 4. ayından önce DÖB almışlardır ve % 89'u dört ya da daha fazla kez DÖB almıştır (228). Araştırmadaki bulgulara göre gebelerin, şu anki gebelik haftasına kadar büyük bir çoğunluğunun düzenli olarak doğum öncesi bakım hizmeti aldıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %27.8'inde gebeliklerinde riskli bir durum olduğu ve bu durumların, bunun dışında başka durumlarında gebede strese sebep olduğu belirlenmiştir. Gebelik kadın yaşamında birçok değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir (232). Dolayısıyla anne ve fetus sağlığı için gebenin ruh sağlığının da iyi olması gerekmektedir (233). Gebelerde duygusal dalgalanmalar, daha hassas olma gibi ruhsal değişikliklere bağlı olarak psikotik bozukluklar, depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif gibi bozuklukların gelişebileceği de bilinmektedir (234).

Yapılan bazı çalışmalarda da gebelik döneminde yaklaşık olarak üç kadından birinin depresif semptomlar yaşadığı tespit edilmiştir (126,235,236). Bu durumda birinci basamak sağlık çalışanları tarafından gebelikteki riskli durumların erken tespit edilmesi ve kontrol altına alınmasının, gebelerde strese sebep olan durumların belirlenmesinin de önem arz ettiği düşünülmektedir.

5.3. Gebelerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri İle İlgili Bulguların Tartışması

Dünyada ve ülkemizde gebelikte eş tarafından uygulanan şiddeti belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde gebelik döneminde kadınların maruz kaldıkları şiddet oranlarına bakıldığında, %0.8 ile %71.4 arasında değiştiği görülmektedir (104,130,132,137,222,224,225,237). Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları şiddetin sıklığına ilişkin dünya genelinde yapılan çalışmalara bakıldığında, %0.9 ile %52.4 arasında değiştiği görülmektedir (136,138,153,238-243). 19 ülkede yapılan çalışmaların analizinde gebelikte eş şiddeti sıklığının %3 ile %30 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Latin Amerika ve Afrika ülkelerinde şiddetinde daha fazla oranlarda iken Avrupa ve Asya ülkelerinde daha az oranlarda olduğu belirlenmiştir (244). Khaironisak ve ark.'ları tarafından Malezya'da yapılan çalışmada gebelerin %29.8'i duygusal, %12.9'u fiziksel ve %9.8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (241). Gebelikte eş şiddeti görülme sıklığı çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi ülkeden ülkeye farklılık sergilemektedir. Çalışmamızda gebelikte aile içi şiddet görülme sıklığını, diğer çalışmalarla karşılaştırmak ve değerlendirmek oldukça zordur. Bunun nedeni; farklı örneklem tipi, çalışmaya dahil edilme kriterleri, kültürel farklılıklar, eş şiddeti yaygınlığını ve şiddetini değerlendiren farklı ölçeklerin kullanılmış olmasıdır.

Araştırmaya katılan gebelerin maruz kalınan şiddet türlerinden en yüksek oranda duygusal şiddet olduğu belirlenmiştir (%38.8). 2014 yılındaki Araştırma'ya göre de; kadınların maruz kaldıkları şiddet türlerinden en yüksek olanı duygusal şiddettir (%44) (9). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da şiddet türlerinden duygusal şiddetin daha fazla oranda görüldüğü tespit edilmiştir (104,132,137,222,224). Elde edilen araştırma bulgularının, bu bulgularla paralellik gösterdiği tespit edilmiştir. Konu ile ilgili gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda ise gebelikte duygusal şiddet sıklığı %16.0 ile %78.3 arasında değişmektedir (127,153,239-241,245-247). Gebelik kadın yaşamında bir stresör kaynağıdır ve gebelikteki hormonal değişimlerle birlikte gebe kadın biyolojik, fiziksel, psiko-sosyal uyum sürecinde daha hassas, kırılgan olabilmektedir ve

yakınlarından görmek istediği beklentiye karşılık bulamadığında da duygusal kriz yaşayabilmektedir (132,248,249). Dolayısıyla duygusal şiddetin daha fazla oranda görülmesinde, gebelikte ortaya çıkan bu değişimlerle ilgili eşin bilgi eksikliğinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca gebelikte fiziksel şiddet olarak uygulanamayan davranışlarında duygusal veya sözel şiddet olarak ortaya çıkması da duygusal şiddetin daha fazla oranda yaşanmasına sebep olduğu şeklinde de yorumlanabilir. Diğer bir yönden ise duygusal şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha fazla görülmesi kadınların bu şiddet türünü daha rahat ifade etmelerinden de kaynaklanabilir.

Ülkemiz genelinde aile içi şiddete yönelik yapılan çalışmalarda fiziksel şiddet oranının yüksek olduğu bulunmuştur (9,25). Ancak ülkemizde gebelikte aile içi şiddet ile ilgili yapılan çalışmalarda, fiziksel şiddet oranının çalışmamızda olduğu gibi daha az oranda bulunduğu belirlenmiştir. Güler'in 403 gebe ile şiddet üzerine yaptığı çalışmada fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet sırasıyla %18.1, %53.6, %32,5 ve %29.3 oranında saptanmıştır (132). Ayrancı ve ark.'larının hamilelikte aile içi şiddet çalışmasında, 154 kadının gebeyken ruhsal/sözel şiddet oranının %99.1 (109 kişi), fiziksel şiddet oranının %36.4 (40 kişi) ve cinsel şiddet oranının ise %5.4 (6 kişi) olduğu bulunmuştur (104). Bir diğer çalışmada ise gebelerin en sık sözel şiddete (%32.1), en az ise fiziksel şiddete (%1.3) maruz kaldığı bildirilmiştir (224). Yapılan başka bir çalışmada ise fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet sıklıklarının sırasıyla %26.5, %57.9, %30.3 ve %11.2 olarak belirlenmiştir (222). İzmir'de yapılan bir çalışmada gebelikte kadınların %63.1'i sözel, %20.0'si fiziksel şiddet görmüşlerdir (250). Elazığ'da yapılan bir çalışmada gebelerin %4.8'inin (251) ve Yanikkerem ve ark.'larının yaptıkları başka bir çalışmada ise gebelerin %9.7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (128). Şahin ve Şahin'in yaptığı çalışmada ise gebelerin %44.9'u duygusal ve %55.1'inin fiziksel şiddete eşleri tarafından maruz kaldığı bulunmuştur (237). Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti'nde yapılan çalışmada gebelik süresince %0.9 gibi çok az bir oranda gebelerin fiziksel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (223). Araştırmadan elde edilen bulgular, bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Sonuçlarımıza göre gebelerin fiziksel şiddete daha az maruz kalmaları, eşlerin fetüse zarar vereceği korkusundan kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda ise gebelikte fiziksel şiddet oranlarının %4 ile %33.8 arasında değiştiği görülmektedir (127,153,199,239-241,245-247,252). İran'da 15-49 yaş arası 301 gebe kadınla yapılan çalışmada, gebelerin %34.5'inin duygusal, %28.1'inin fiziksel, %3.6'sının cinsel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (253). Görüldüğü gibi rakamlar toplumun kültür yapısı,

çalışmalarda kullanılan yöntemlerin ve örneklemelerin farklı olmalarına bağlı olarak ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre gebelerin %8.2 oranında ekonomik şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti'nde yapılan çalışmada gebelik süresince %76.6 gibi yüksek bir oranda gebelerin ekonomik şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (223). Türkiye'de 2014 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda kadınların en fazla oranda duygusal şiddete sırasıyla fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir (9). Ülkemizde bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da gebelikte ekonomik şiddet sıklığı %3.4 ile %30.3 arasında değişiklik göstermektedir (104,132,137,222,224). Bizim çalışmamızda da olduğu gibi bu çalışmalardan da elde edilen bulgularda da sırasıyla duygusal, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddetin olduğu görülmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; gebelerin ekonomik şiddeti daha az oranda görmesinin sebebinin büyük bir çoğunluğunun aylık ekonomik gelirinin asgari ücret olması ve geçim sıkıntısı yaşadıklarını bilmelerine rağmen bu duruma alışmak zorunda oldukları düşünülmektedir.

Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda gebelikte cinsel şiddet görülme sıklığı %4.4 ile %36.4 arasındadır (104,128,130,251). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda ise gebelikte cinsel şiddet sıklığı %2.0 ile %10 arasında yer almaktadır (127,239-241,247). Araştırmamızda gebelerde en az oranda maruz kaldıkları cinsel şiddetin, gebelerin bu şiddet türünü diğer şiddet türlerine göre daha rahat ifade edemedikleriyle ilgili ya da eşlerinin gebelikte doğru cinsel yaşamla ilişkili bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan gebelerde en fazla görülen fiziksel şiddet şekli 'tokat atma'dır. Giray ve ark.'larının yaptığı çalışmada en sık görülen fiziksel şiddet şekli 'sarsma-hırpalama-itme'dir (250). Başka bir çalışmada fiziksel şiddet şekillerinden 'itekleme' en fazla oranda bulunmuştur (222). Ayrancı ve ark.'larının çalışmasında da fiziksel şiddet şekillerinden 'tokat atma' en yüksek oranda saptanmıştır (104). Bolu ve ark.'larının yaptığı çalışmada duygusal şiddet şekillerinden 'küfür etme' yüksek oranda bulunmuştur (222). Bir diğer çalışmada ise 'eleştiriye maruz kalma' ruhsal/sözel şiddet şekillerinde yüksek oranda görülmektedir (104). Araştırmadan elde edilen bulgularla, bu bulgular benzerlik göstermektedir. 'Çalışmaya engel olma' ve 'para kısıtlama' bir çalışmada ekonomik şiddet şekilleri olarak ele alınmış ve çalışmaya engel olma yüksek oranda bulunmuştur (222). Bir başka çalışmada da 'çalışmanın engellenmesi' en yüksek orandadır (104). Bizim çalışmamızda ise 'çalışmayı yasaklama' düşük oranda bulunmuştur. Cinsel

şiddet şekillerinden ‘zorla cinsel ilişki’ bizim çalışmamızda olduğu gibi yapılan diğer çalışmalarda da yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (104,222). Çalışmalarda araştırılan gebelikte maruz kalınan şiddet türlerinin şekillerinin sorulmasıyla ilgili belli bir standardizasyonun olmamasından dolayı, bu şiddet şekilleriyle ilgili farklı ifadelerin yer aldığı görülmektedir.

Çalışmamızda gebenin eşinin eğitim seviyesinin düşük olmasıyla ekonomik şiddet türünü, eşin meslek durumuyla fiziksel ve cinsel şiddet türlerini, plansız gebe kalma ile tüm şiddet türlerini, eşin alkol kullanmasının fiziksel, duygusal ve ekonomik şiddet türlerini anlamlı olarak arttıran risk etmenleri olarak tespit edilmiştir. Güler’in çalışmasında gebenin ekonomik şiddete maruz kalmasında eşin eğitim seviyesinin düşük olması istatistiksel olarak anlamlı iken plansız gebe kalma anlamlı bulunmamıştır. Aynı çalışmada eşin işsiz olması gebenin fiziksel, duygusal ve sözel şiddet türlerine maruz kalmasıyla istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (132). Gashaw ve ark.’larının (254), Katiti ve ark.’larının (242) yaptığı çalışmada eşin işsiz olmasının gebelikte şiddete maruz kalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada plansız gebe kalanlarda %47 oranında eş şiddetine maruz kaldıkları bulunmuştur (242). Bu sonuçlar doğrultusunda birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının gebe izlemleri sırasında risk gruplarının farkında olması gebelikte şiddetin önlenmesi açısından sağlık çalışanlarına bu konu ile ilgili bilgi verilmesi, destek ve cesaretlendirmenin sağlanması önerilmektedir.

5.4. Gebelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği’ne Ait Bulguların Tartışması

Yanikkerem’in çalışmasında Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği faktörlerinin ortalama toplam puanı 19.21 ± 7.34 (10.11-43.33) olarak bulunmuştur (113). Bu çalışmada KYAİŞBÖ faktörlerinin standardize toplam ortalama puanı 4.25 ± 1.59 (2.22-9.15) olarak hesaplanmıştır. Yine aynı çalışmada, Faktör 1 ‘Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet’in ortalama puanının diğer faktörlere göre en yüksek oranda olduğu bulunmuştur (113). Araştırma bulguları, bu bulgularla benzerlik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda gebeliğin şiddet olaylarını azalttığına dair bulgular saptanmıştır (104,137,223,255,256). Bu durum araştırmaya katılan gebelerin, gebelik öncesinde daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir.

Tüm faktörlerin standardize puanlarına bakıldığında, Faktör 3: Kadına yönelik ekonomik şiddet 5.93 ± 1.49 puan ile en yüksek puanlı şiddet belirleme faktörü olduğu

görülmektedir. İkinci yüksek puan ise 4.67 ± 1.60 puan ile Faktör 9: Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlıktır. Yanıkkereem'in 2002 yılında yaptığı çalışmada ise, Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık 5.40 ± 1.87 puan ile en yüksek puanlı şiddet belirleme faktörü olarak bulunmuştur. İkinci yüksek puan ise 5.09 ± 2.43 puan ile Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımıdır (113). Araştırma bulgularında Faktör 3 ile Faktör 9'un alt başlıklarına bakıldığı, kadınların yüksek oranda ekonomik şiddet yaşadıklarının farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Tüm faktörlerin standardizasyon sonrası puanlarına bakıldığına genel olarak gebelerin gebelik sürecinde düşük ve orta düzeyde şiddete maruz kaldığı, dolayısıyla çalışmamızda gebelikte şiddetin azaldığı sonucuna varılmaktadır. KYAİŞBÖ'deki tüm faktörlere baktığımızda çalışmadan elde ettiğimiz şiddet türlerini çok iyi ayırt edemediği dolayısıyla bu faktörlerin pek iyi çalışmadığı görülmektedir.

5.5. Gebelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ne Ait Bulguların Tartışması

Öz yeterlilik kavramı; bireyin yapması gereken performans ile kendi düşüncesini değerlendirip duruma göre harekete geçip davranış şekline dönüştürmesidir (257). Emzirme Öz-Yeterlilik algısı ise annenin emzirmeyle ilişkin hissettiği yeterlilik düşüncesidir. Bu durum emzirmeye ilişkin annenin algıladığı daha önce yaşanan farklı durumlardaki zorluklardan da etkilenmektedir (204,208). Annenin emzirmeye ilişkin öz-yeterlilik algısı, annenin emzirip emzirmeme durumunda bunun için ne kadar uğraşması gerektiği, emzirmeye ilişkin düşüncelerini ve duygusal olarak bu süreçte karşılaşacağı zorluklar ile baş edebilmesidir. İlk başlarda emzirme ile ilgili sorun yaşayanlarda güçlü bir emzirme öz-yeterliliği hissiniin olması emziren annelere yardımcı olacaktır. Yapılan bir çalışmada emzirmeyi etkileyen faktörler içerisinde en güçlü etkenin annenin öz-yeterlilik algısı olduğu bulunmuştur (258,259). Çalışmamızda da gebelerin birinci ve üçüncü, ikinci ve üçüncü izlemdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu farkın üçüncü izlemdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Bu durumda anneler doğumdan sonra bebeklerini emzirmeye başladıklarında emzirmeyle ilgili karşılaşmış oldukları güçlüklerle nasıl baş edebileceklerinin farkında olup bunu davranış haline dönüştürmüş olabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerdeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının meslek durumu, yaş grupları, öğrenim durumları,

aylık toplam gelir durumları, kronik hastalık durumu, gebeliğini planlama şekli, gebelik sırasındaki riskli durumu ve gebede strese sebep olan durumu ile dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. İnce ve ark.'larının yaptığı çalışmada gebeliğinde sorun yaşayan annelerde emzirme öz-yeterlilik ölçeği puanıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi annenin çalışma durumunun, gebeliğin planlanmış olmasının ve doğum şeklinin emzirme öz-yeterliliğini etkilemediği tespit edilmiştir (260). Bunun dışında literatürde annenin eğitim düzeyi ve ekonomik durumu emzirme öz-yeterlilik düzeyini etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada yüksek eğitime ve iyi ekonomik duruma sahip olan annelerin emzirme öz-yeterlilikleri puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (261). Yapılan diğer çalışmalarda eğitim seviyesi ve ekonomik durumu iyi olan gebelerin veya annelerin emzirme öz-yeterlilik puanı yüksek bulunmuştur (208,259). Diğer bir çalışmada kadının gelir durumunun emzirme öz-yeterliliği düzeyini etkilediği bulunmuştur (262). Bu durumu çalışmamızda gebelerin büyük bir kısmının ev hanımı olmasından ve 1600 TL ile geçimlerini sağlayıp geliri gidere eşit olarak değerlendirmelerinden, üniversite ve lise mezunu olanların az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Yukarıda bahsedilen durum gebelerin emzirmeye karşı olumlu tutum sergilediklerini dolayısıyla Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarını arttırdığı göstermektedir. Gebelerin emzirmeye karşı olumlu tutum sergilemelerinde emzirme konusunda verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Birinci basamakta sağlık çalışanlarının gebe izlemlerinde ve doğum sonrasında annelere ve anne adaylarına verdikleri emzirme eğitimleri veya doğum yaptıktan sonra taburcu olurken verilen emzirme eğitiminin etkili olduğu da düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada emzirme eğitimi alınan kişi değerlendirildiğinde anne adaylarının %79.2'sinin ebe/hemşireden eğitim aldığı belirlenmiştir (257). Yurtsal'ın çalışmasında doğum öncesi dönemden başlanarak doğum sonu ilk altı aylık süreç boyunca anne ve babalara birlikte emzirme eğitim ve danışmanlığı verildiğinde ilk emzirmeye başlama, ilk altı ay sadece anne sütü verme oranlarının Emzirme Öz-Yeterlilik ölçek puan ortalamalarını arttırdığı bulunmuştur (263). TNSA-2013 verilerine göre de ülkemizde emzirmenin yaygın bir davranış olduğu görülmektedir. Bunun dışında doğumdan sonra lohusalara emzirme sırasında destek olan kişilerin etkisinin de olabileceği düşünülmektedir (228). Bir çalışmada annelere %91.0 oranında emzirme sırasında anne, kayınvalide, eş, abla ve komşu tarafından emzirme sırasında destek oldukları bulunmuştur (257). Diğer bir çalışmada ise erken lohusalık

döneminde kadınların algıladığı eş desteği ile emzirme öz-yeterliliği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (262). Kurnaz'ın çalışmasında ise annelerin emzirme tutum ve başarılarını annenin sosyo-demografik özellikleri, emzirme desteğinin varlığı ve sağlık personeli tarafından verilen emzirme eğitiminin etkilediği sonucu bulunmuştur (264).

Çalışmamızda primigravidaların birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasının ($\bar{X}\pm Ss=55.12\pm 6.42$) iki ve ikiden fazla gebelik geçirenlerin birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X}\pm Ss=57.35\pm 7.54$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bireysel başarılar öz-yeterliliği arttıran en etkili nedenlerden biri olarak görülmektedir. Emzirme konusundaki deneyimler ve başarıların emzirme öz-yeterliliğini arttırdığı gösteren çalışmalar mevcuttur (259,265,266). Bu durum ilk kez gebelik geçiren anne adaylarının gebeliğinin başında emzirme ile ilgili deneyimsiz olmalarına bağlı olarak bilgi eksikliği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nde yer alan sorularla ilk kez karşılaşmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X}\pm Ss=54.05\pm 13.95$), gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalaması ($\bar{X}\pm Ss=62.53\pm 7.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca gebelikte duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla ($\bar{X}\pm Ss=53.73\pm 14.26$), gebelikte duygusal ve cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalaması ($\bar{X}\pm Ss=62.52\pm 7.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Özellikle de üçüncü izleminde yani anne doğum yaptıktan sonra bebekle baş başa kaldığında yaşamış olduğu duygusal şiddetin üzüntüsüne ve stresine baş edememesine bağlı olarak ve anneye emzirme cinsel şiddeti hatırlatabileceğinden emzirme karşısında olumlu bir tutum sergileyemedikleri düşünülmektedir. Çünkü annenin kendi beden ve ruh sağlığı yerinde olursa bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilir ve onu uzun dönem de emzirebilir (267). Ayrıca gebelikteki hormonal değişimlerle birlikte doğumdan sonra da östrojen ve progesteron seviyelerinde değişimlerde depresyona yatkınlığa sebep olmaktadır. Stresli yaşam olayları ile birlikte hormonal ve genetik faktörlerde duygudurum bozukluklarında etkilidir (234). Şiddete maruz kalan annelerin emzirme karşısında olumlu tutum sergileyemediklerini yaşamış olduğu bu stresli durumla birlikte hormonal değişimlerden de kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça ikinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması da doğrusal olarak artmaktadır. İkinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça üçüncü izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması da doğrusal olarak artmaktadır. Bu durum araştırmaya katılan gebelerin doğumdan önce ve doğumdan sonra da Emzirme Öz-Yeterlilik algılarının değişmediğini göstermektedir.

Birinci izlemdeki Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar) puanı da doğrusal olarak artmaktadır. Bu durum gebeliğin birinci trimesterinde sosyal baskı ve izolasyon yaşayan anne adaylarının Emzirme Öz-Yeterlilik algılarını değiştirmeyeceğini göstermektedir. Ancak KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı, Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının artması gebelerin ikinci izlemindeki Emzirme Öz-Yeterliliklerini azaltacağı yönünde düşük bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. KYAİŞBÖ'nde yer alan Faktör 1. Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet, Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi puanlarının artması da annelerin üçüncü izlemindeki Emzirme Öz-Yeterliliklerini azaltacağı yönünde düşük bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir.

KYAİŞBÖ'nden elde edilen faktörlerin arasındaki korelasyonların dağılımı incelendiğinde; Faktör 1. Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet puanı arttıkça Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı ve Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışların puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde yüksek bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Ancak Faktör 1. Kadının vücut bütünlüğüne zarar verici düzeyde fiziksel şiddet puanı arttıkça Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (113).

Faktör 2. Kadına hakaret, küçümseme ve duygusal baskı puanı arttıkça Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet, Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının paralellik gösterdiği bulunmuştur (113).

Faktör 3. Kadına yönelik ekonomik şiddet puanı arttıkça Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar), Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Ancak Faktör 3 puanı arttıkça Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi puanının da doğrusal olarak artacağı yönünde düşük bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği bulunmuştur (113).

Faktör 4. Kadına yönelik sosyal baskı ve izolasyon (kısıtlayıcı davranışlar) puanı arttıkça Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Ancak Faktör 4 puanı arttıkça Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi puanının da doğrusal olarak artacağı yönünde düşük bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (113).

Faktör 5. Kadın cinsiyetini küçümseme ve tehdit edici davranışlar puanı arttıkça Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi, Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının paralellik gösterdiği tespit edilmiştir (113).

Faktör 6. Kadına yönelik cinsel şiddet ve saygı gereksinimi puanı arttıkça Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı, Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ve Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık puanlarının da

doğrusal olarak artacağı yönünde orta bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının paralellik gösterdiği tespit edilmiştir (113).

Faktör 7. Kadının kendine yönelik olumsuz duygulanımı puanı arttıkça Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular puanının da doğrusal olarak artacağı yönünde pozitif yüksek bir ilişkinin olduğu gözlenmektedir. Ancak Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında da pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Faktör 8. Eşe yönelik kaygılar ve korkular ile Faktör 9. Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlık arasında da pozitif yönde orta bir ilişkinin olduğu saptanmıştır Yanikkerem'in çalışmasında da araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (113).

5.6. Yenidoğan İle İlgili Sonuçlara Ait Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin %88.6 oranında büyük bir çoğunluğunun 2500 gram ve üzerinde doğması ve doğum haftalarının da 37 ve 37. gebelik haftasından sonra olması sevindirici bir durumdur. Ülkemizde bu konu ile yapılan birçok çalışmada gebelerin şiddet açısından gebelik süreci boyunca sadece bir kez değerlendirildiği, özellikle tüm gebelik sürecini kapsayacak şekilde yapılan, perinatal sonuçları ve doğum sonrası süreci de değerlendiren çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Göğüş ve Yıldız'ın çalışmasında gebelerin doğumları %91.5 oranında miadında ve %67.8 oranında vajinal doğum olarak gerçekleşmiştir. Yenidoğanlar %94.9 oranı ile sağlıklı ve %96.6 oranı ile gestasyon haftalarına göre normal kiloda doğmuştur (137). Bu çalışmadan elde edilen bazı bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak gebelerin %64'ü sezaryen doğum yapmıştır ve yenidoğanların %19.3'ünde de erken doğuma bağlı olarak veya bazı bebeklerde bazı sıkıntılardan dolayı sorun yaşadıkları ve çeşitli tanılar aldıkları saptanmıştır.

Literatürde gebelikte maruz kalınan şiddetin bu sürece uyumda güçlükleri ve risk durumlarını daha da artırdığı, anne ve fetus sağlığını olumsuz etkilediği ve negatif perinatal sonuçlara neden olabildiği bildirilmiştir (14,15,268-273). Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebek ile bebek ölümlerinin en önemli nedeninin gebelikte şiddete maruz kalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Yapılan bir çalışmada, prematür doğumların hepsinin gebeliğinde şiddet yaşayan gebelere ait olduğu bulunmuştur (137).

Diğer bir çalışmada gebelik döneminde eşi tarafından her türlü şiddete maruz kalan annelerin düşük doğum ağırlığı olan bir yenidoğana sahip olma ihtimalinin üç kat daha fazla olduğu sonucu bulunmuştur (138). Çalışmamızda gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın yenidoğana ilişkin özellikler açısından yapılan değerlendirmede prematür doğumla ilişkili olduğu bulunmuştur. Preterm doğum etiyojisinde birçok faktör tanımlanmıştır. Başlıcaları; anneye ait hastalıklar, perinatal döneme ait sorunlar, sosyoekonomik düzey, infeksiyonlar vb. olarak gösterilmiştir (274-276). Preterm doğumlar riskli gebeliklerin önemli bir sonucunu oluştururken başta hipertansif hastalıklar, erken membran rüptürü, diyabet, çoğul gebelikler, fetal distress, oligohidroamnios gibi obstetrik ve perinatal nedenler antenatal dönemden itibaren fetüsü etkilemektedir (277). Çalışmamızda da gebelerin bazılarında gebelik süresince riskli durumların olduğu ve kronik hastalıklara sahip olduğu bulunmuştur. Preterm doğuma sebep olan bu faktörlere de gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın da etkili olabileceği söylenebilir. Bunun dışında çalışmamızda perinatal risklerin daha az görülmesinde, araştırmaya katılan gebelerin gebelikleri süresince perinatal riski arttıran fiziksel şiddete çok az oranda maruz kalmış olmalarına bağlı olabilir.

5.7. Gebelerin Kortizol Hormon Düzeyi Sonuçlarına Ait Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan gebelerin üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının, birinci ve ikinci izlemlerdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca ikinci ve üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları ile birinci ve üçüncü izlemdeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gebelik sürecinde yaşanan bazı ruhsal değişiklikler birçok gebe kadında görülebilir, ancak bu duyguların ve hastalıkların kadının yaşamını engelleyecek düzeyde olmaması önemlidir (234). Kortizol salgılanmasına neden olan en önemli uyaran da strestir (148). Araştırmaya katılan gebelerin birinci ve ikinci izlemindeki kortizol hormon düzeylerinin üçüncü izleme göre yüksek olmasının bu durumlara bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca anne adaylarının doğumdan sonra kortizol hormon düzeyinin düşmesi de bu hassas dönemden kurtulmuş olmalarına bağlı olarak yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerindeki kortizol seviyeleri arasında ilişki olmaması kadınların şiddeti

içselleştirdiğini dolayısıyla kabullendiklerini düşündürmektedir. Ancak gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinde kortizol seviyesi yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda gebeliğinde şiddet gören anneler daha yüksek olsaydı buna bağlı olarak bebeklerinde kortizol seviyesi daha yüksek çıkacaktı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak daha anlamlı çıkabilirdi. Çalışmamızda daha önce belirttiğim gibi gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın prematür doğumla ilişkili olduğu belirlenmişti. Ayrıca gebeliğinde duygusal şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının, gebeliğinde duygusal şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebeliğinde cinsel şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması ile ($\bar{X} \pm Ss = 17.31 \pm 7.65$) gebeliğinde cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması ($\bar{X} \pm Ss = 12.88 \pm 8.41$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Annenin gebelik sırasında gördüğü şiddete bağlı olarak strese maruz kalması, hormonal dengede de değişikliklere yol açmaktadır (153). Çünkü şiddet nedeniyle stres rahimdeki kan akışını sınırlar, kan damarlarının daralmasına neden olur ve kortizol seviyeleri yükselir (17). Kortizol salınımına bağlı olarak plasental damarlarda vazokonstriksiyon sonucunda fetal büyümede azalmaya veya preterm doğuma yol açabilmektedir (153). Yapılan bir çalışmada da, gebelikte şiddete bağlı olarak gebelerde kortizol hormonu salınımını arttırdığı saptanmıştır. 'Gebelikte şiddete maruziyetin nöroendokrin sonucu ve bu durumun gebeliğe ve fetal gelişmeye etkisi' isimli çalışmada gebelik sırasındaki eş şiddetinin bir stres faktörü olduğu, bu durumun kortizol seviyesinin yükselmesine neden olduğu ve doğum ağırlığındaki azalma ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (153). Başka bir araştırmada gebelikte aile içi şiddetin, bazı uyarıcı ve inhibitör aminoasitlerin düzeylerini ve yenidoğanda endokrin fonksiyonu değiştirebileceği sonucu bulunmuştur (278). Pico-Alfonso ve ark.'larının 2004 yılındaki yaptıkları çalışma eş şiddetinin, hem fiziksel hem de psikolojik olarak kadınların endokrin sistemleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Eş şiddetine maruz kalan kadınların eş şiddetine maruz kalmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, sabah ve akşam alınan kortizol ve dehidroepiandrosteronun daha yüksek düzeylerde görüldüğü ve depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi durumların da daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın ortaya koyduğu şey, hem fiziksel hem de psikolojik şiddete maruz kalan kadınların kortizol ve dehidroepiandrosteron her iki hormonun da ruh sağlığı ve sinirsel işlevselliğinde rol oynadığıdır (279). Bir çalışmada gebelik sırasında aile içi şiddetin, yeni doğanlarda artan

plazma seviyeleri olan glutamat, r-aminobütirik asit, kortizol ve katekol-o-metiltransferaz polimorfizm geni ile ilişkili olabileceği sonucu bulunmuştur. Gebelikte aile içi şidete maruz kalan annelerin yeni doğan grubunda plazma kortizol düzeyinin gebelikte aile içi şidete maruz kalmayan yeni doğan grubuna göre daha yüksek olduğunu saptamışlar ve bu da doğum öncesi anne stresinin yeni doğanlarda kortizol düzeyinin artması ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (280). Otten ve ark.'larının yaptığı çalışmada stres sırasında artan annedeki kortizol düzeyinin plasentadan fetüse geçtiğini bulmuşlardır. Bu, fetüsü stres altında tutacaktır ve neonatal plazma kortizol seviyesini arttıracaktır (281). Yapılan diğer çalışmalarda gebelikte aile içi şidete maruz kalan annelerin yenidoğan grubu için, yeni doğanlarda plazma kortizol düzeyi artmıştır, bu da bebeklik döneminde daha fazla stresin kortizol düzeyinin yükselmesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (282, 283). Annenin gebeliğinde maruz kaldığı şiddet sonucunda ortaya çıkan strese bağlı olarak da stresin rahimden bebeğe ulaştığı ve yenidoğanda da kortizol hormon seviyesini yükselttiği ve bu durumda da prematür doğuma sebep olduğu düşünülmektedir. Aile içi şiddetin sadece gebe kadınların sağlığına zarar vermediği, aynı zamanda yenidoğan sağlığı ile ilgili sorunları arttırdığı da görülmektedir.

Çalışmamızda yaklaşık %40 oranında gebelikte duygusal şidete maruz kalan kadınlar vardır. Ayrıca yaklaşık %15 oranında fiziksel, %8 oranında ekonomik ve %7 oranında cinsel şidete maruz kalan kadınlar mevcuttur. Araştırmanın devam eden diğer izlemlerinde şidete maruz kalan bu kadınlarda veri kaybı yaşanmamış olsaydı çok daha anlamlı ilişkiler çıkabilirdi. Veri kaybının yaşanmış olmasının ciddi bir etkileyici faktör olduğu görülmektedir. Buna rağmen bile duygusal ve cinsel şidete maruz kalan ulaşabildiğimiz annelerin bebeklerinde kortizol seviyesinin yüksek çıktığı bulunmuştur.

Çalışmamızda 37 ve 37. haftanın üstünde doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları, 37. haftanın altında doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yenidoğandaki sorun durumuyla annelerin üçüncü izlemindeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yenidoğanda sorun olan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının yüksek çıkması beklenirken çalışmamızda tam aksine bir durum olmuştur. Bu durum erken doğum yapan annelerde doğum şekline bağlı olarak aldığı anestezi ilaca, annelerin yaşadıkları herhangi bir strese veya emzirmeye bağlı olarak yaşadıkları olumsuz tutumlara veya annelerin uykusuz kalmasına bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİ

6.1. SONUÇLAR

Toplumsal cinsiyet temelinde bir insan hakkı ve özgürlük ihlali olan kadına yönelik şiddet, kadınların toplumsal ve ekonomik yaşamda yer alma haklarından yoksun kalmalarına yol açan, neden olduğu ölümler, sakatlıklar ve kadın sağlığı üzerindeki birçok etkilerden dolayı da önemli bir halk sağlığı sorunudur (20,21). Hayatının her döneminde şiddete maruz kalabilen kadın, yaşamında özel bir öneme sahip olan gebelik sürecinde de şiddete maruz kalabilmektedir (11,12). Oysaki kadının hem gebeliğini ve annelik rolünü benimsemesi, hem de daha insancıl bakım alacağı bir ortamda yaşamını sürdürmesi, kadının olduğu kadar doğacak çocuğun sağlıklı olması açısından da önemlidir (13). Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebek ile bebek ölümlerinin en önemli nedeni gebelikteki şiddete maruziyettir (16). Çünkü şiddet nedeniyle stres rahimdeki kan akışını sınırlar, kan damarlarının daralmasına neden olur ve kortizol seviyeleri yükselir (17).

Kadına yönelik şiddet yeni bir olgu değildi. Ancak günümüze kadar görünmeyen görmezden gelinen bir gerçeklik olarak genellikle saklı tutulan, gizlenen bir gerçektir. Bugün artık bildiğimiz bilemediğimiz yürekli insanların çabaları ile artık konuşabildiğimiz ve ortadan kalkması için mücadele etmemiz gereken bir sorunu olarak gündemdeki yerini almıştır. Çözümlemesi yönünde Türkiye’de atılan adımlar 1990 ‘lı yıllardan itibaren başlamıştır (22). Ülkemizde bu konu ile yapılan birçok çalışmada gebelerin şiddet açısından gebelik süreci boyunca sadece bir kez değerlendirildiği, özellikle tüm gebelik sürecini kapsayacak şekilde yapılan, perinatal sonuçları ve doğum sonrası süreci de değerlendiren çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilmiş sonuçlar, bundan sonra bu konuda araştırma yapacak araştırmacılara ve şiddeti önleme çalışmalarına temel oluşturacaktır.

Bu araştırmadan çıkan sonuçlar şu şekildedir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.57 ± 6.17 ’dir, eşlerinin yaş ortalaması ise 32.32 ± 5.93 ’dür (Tablo 4.1.1) (Tablo 4.1.2).

Araştırmaya katılan gebelerin %9.8’inin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddet türlerine bakıldığında %38.8’inin duygusal/sözel, %14.6’sının fiziksel, %8.2’sinin ekonomik, %7.4’ünün cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).

KYAİŞBÖ’nin tüm faktörlerinin standardize puanlarına bakıldığında, Faktör 3: Kadına yönelik ekonomik şiddet 5.93 ± 1.49 puan ile en yüksek puanlı şiddet belirleme

faktörü olduğu görülmektedir. İkinci yüksek puan ise 4.67 ± 1.60 puan ile Faktör 9: Kadına evlilikte erkek ayrıcalığını kullanma ve paylaşımsızlıktır (Tablo 4.4.1).

Primigravidaların birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasının, iki ve ikiden fazla gebelik geçirenlerin birinci izlemindeki emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamasıyla istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.5.5). Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalamasıyla gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayanların üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Gebelikte duygusal şiddete ve cinsel şiddete maruz kalan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalamasıyla gebelikte duygusal şiddete ve cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin üçüncü izlemindeki emzirme öz-yeterlilikleri ölçeği puan ortalamasıyla da istatistiksel olarak ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.5.7).

Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalma durumuyla bebeklerin doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6.2). 37 ve 37. haftanın üstünde doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları, 37. haftanın altında doğum yapan annelerin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.5).

Gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasının, gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gebeliğinde duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamasıyla, gebeliğinde duygusal ve cinsel şiddete maruz kalmayan annelerin bebeklerinin kortizol hormon düzeyi sonuç ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.4). Yenidoğandaki sorun durumuyla annelerin üçüncü izlemindeki kortizol hormon düzeyi sonuç ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.5).

6.2. ÖNERİLER

Kadına yönelik şiddet normal ve kabul edilebilir bir durum değildir ve hiçbir zaman da tolere edilmemelidir. Tüm dünya toplumları ve ülkemiz tarafından durdurulmalıdır. Aile içi şiddete gebe kadının da maruz kalmasıyla hem gebenin hem de doğacak bebeğin sağlığı açısından ve dolayısıyla toplum için de çok ciddi sonuçları bulunmaktadır. Şiddetin hem engellenmesi hem de ortaya çıkmasını sağlamada çözümler geliştirilmesi için özellikle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin de şiddete karşı bakış açısının iyice değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık personeline de bu konularda da gereken destek ve cesaretlendirmenin sağlanması gerekmektedir.

- Ülkemizde kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik yasal düzenlemeler güçlendirilmiştir. Ancak hala bazı ciddi engellerin olduğu görülmektedir. Esas olarak sorun, yasal düzenlemeler değil; yasaların uygulanmasındaki aksaklıkların olmasıdır. Toplumun adalete güveninin salsılmasının önlenmesi için bu tür aksaklıkların hızlıca aşılmasının gerektiği önerilmektedir.
- Sadece yasal düzenlemelerin güçlenmesi gebelikte aile içi şiddeti dolayısıyla kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik yeterli değildir. Çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de hekim ve hekim dışı sağlık personeli açıkça yaşanan şiddeti bilmesine rağmen nadir olarak kadınlara olay hakkında soru sormaktadır. Aslında şiddete maruz kaldığını açıkça belirten kadın sağlık personelinin yardım desteğini beklemektedir. Kadına yönelik şiddet vakalarını ilk gören sağlık personelinin bu konuyu bilmesi ve konuya karşı duyarlı davranması için gereken yetkiye sahip olması sağlanmalıdır.
- Ülkemizde özellikle son yıllarda kadına yönelik şiddeti azaltmayı hedefleyen çalışmalar yapılmaktadır. Ancak hemen hepsi çeşitli ifadelerde proje olarak başlamaktadır, belirli illerde kısıtlı sayıda sağlık personeline ve kamu personeline eğitimler verilmektedir ve genellikle de devamlılığı sağlanamamaktadır. Bu bağlamda destek mekanizmaları olan sağlık personelinin ve kamu çalışanlarının yetersiz kalmaları en az seviyeye indirilmelidir.
- Ayrıca dezavantajlı konumda olan bireylere ve ailelere yönelik çok çeşitli çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle risk gruplarını çok iyi tanıyan halk sağlığı hemşirelerinin ne kadar önemli olduğu ortadadır. Sorun ortaya çıkmadan çözüm önerilere geliştirilmeye çalışılmalıdır. Yapılacak çalışmalar, bu risk grupları başta olmak üzere toplumsal tüm kesimlere özellikle ve öncelikle eğitim, danışmanlık,

sosyo-ekonomik destek ve ruh sağlığı boyutlarında gerçekleştirilmelidir. Bu hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması, hizmetlerdeki aksaklıkların nedenlerinin belirlenmesi ve etki analizlerinin yapılması önerilmektedir.

- Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, bundan sonra bu konuda araştırma yapacak araştırmacılara ve şiddeti önleme çalışmalarına temel oluşturacağı düşünülmektedir. Daha sonraki çalışmalarda, annenin maruz kaldığı şiddete bağlı olarak ortaya çıkan stresin bebekteki bilişsel ve davranışsal gelişim üzerindeki etkisinin ve ortaya çıkabilecek kronik hastalıklara etkisinin takip edilmesinin yararlı olabileceği önerilmektedir. Bu durum toplumsal cinsiyet duyarlılığı ve kadına yönelik şiddetle ilgili farkındalığın artırılmasına yardımcı olacaktır ve gebeliğin erken döneminde şiddetin tespit edilip kontrol altına alınmasını gerektirecektir. Bunun için doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebelikte şiddeti değerlendirmeye yönelik bakım standartları geliştirilebilir. Bu çalışmamız doğum öncesi bakım izlemlerinde sağlık çalışanları tarafından tüm gebelere, gebenin maruz kaldığı şiddete bağlı olarak artan kortizol hormonunun hem anne sağlığında hem de yenidoğan sağlığında olumsuz etkileri önlemek için ileride rutin olarak noninvazif bir yöntem olan tükürükle ya da kanla kortizol hormonuna bakılmasının rutin hale getirilmesi önerilmektedir. Ayrıca böyle bir çalışmanın daha küçük bir grupta veri kaybı olmadan çalışmamızdaki gibi tüm izlemlerin tam yapılarak gebelikte şiddete maruz kalan ve kalmayanların ne gibi riskli durumlarının olup olmadığının karşılaştırılmasının yapılması faydalı olacaktır. Yine küçük bir grupta gebeliğinde şiddete maruz kalanlarla ilgili nitel araştırma yapılması önerilmektedir.

6.3. SINIRLILIKLAR

Araştırmadan elde edilen bilgiler araştırmanın yapıldığı ASM bölgesindeki gebe kadınlar için geçerlidir. Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilmiş bilgiler kadınların öz bildirimine dayalıdır. Çok sayıda bağımsız değişken olduğundan bazı değişkenlerle ilgili sayılar düşük kalmıştır. Bunun yanı sıra araştırma verilerinin 11 ay boyunca araştırmacı tarafından yüz yüze toplanması yoğun bir çalışmayı gerektirmiş, bağımsız değişkenlerde gruplamalar yapılması ve araştırma verilerinin düzenlenmesi uzun sürmüştür. Ayrıca çalışmada kullanılan bazı sarf malzemelerin yurt dışından gelmesi zaman kaybına sebep olmuştur ve bunların laboratuvar ortamında çalışılması ve değerlendirilmesi de uzun sürmüştür.

KAYNAKLAR

1. Yavuz S., Özmete E. (2012). Türkiye’de genç bireyler ve ebeveynleri arasında yaşanan sorunların “aile yapısı araştırması” sonuçlarına göre değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları*. 7(29):9-27.
2. Hallaç S., Öz F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6(2):142-153.
3. Page A.Z., İnce M. (2008). Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*. 11(22):81-94.
4. Tarhan N. (2011). *Kadın psikolojisi*. İstanbul: Nesil Yayınları. 181.
5. Kelly J.B., Johnson M.P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family Court Review*. 46(3):476-99.
6. İbiloğlu A.O. (2012). Aile içi şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2):204-222.
7. Paksoy Erbaydar N., Akın A. (2015). Kadına yönelik şiddet. Güler Ç., Akın L. (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi. 362-367.
8. Güler N., Tel H., Tuncay F. Ö. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(2):51-56.
9. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2015. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf> [06/06/2018].
10. World Health Organization (WHO) (2013). Global and regional estimates of violence against women; prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85241/1/WHO_RHR_HRP_13.06_eng.pdf?ua=1 [06/06/2018].
11. Jansen H.A.F.M., Yüksel İ., Çağatay P. (2009). Prevalence of violence against women, In National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey, Ankara. 45-65.
12. Tezcan S., Yavuz S., Tunçkanat H. (2009). Domestic violence against women and health consequences, In National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey, Ankara. 71-81.
13. Yılmaz E.B., Küçük, E.E. (2014). Gebelerin şiddet görme durumlarına ve gebeliğe ilişkin özelliklerine göre psikososyal sağlıklarının değerlendirilmesi. 17.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne. 1080-1081.

14. Stöckl H., Filippi V., Watts C., Mbwapo J.K. (2012). Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: A population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12(1):12.
15. Howard L.M., Oram S., Galley H., Trevillion K., Feder G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 10(5):1-16.
16. Cardoza E.V. (2005). *Partner violence during pregnancy, psychosocial factors and child outcomes in Nicaragua*, (Ph.D. thesis). Public Health and Clinical Medicine, Umea University.
17. Nunes M.A.A., Camey S., Ferri C. P., Manzolli P., Manenti C.N., Schmidt M. I. (2010). Violence during pregnancy and newborn outcomes: A cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *The European Journal of Public Health*. 21(1):92-97.
18. Vahip I., Doğanavşargil Ö. (2006). Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17(2):107-114.
19. Hemenway D., Solnick S., Carter J. (1994). Childrearing violence. *Child Abuse Negl.*18(12):1011-1020.
20. Ellsberg M, Jansen H.A., Heise L., Watts C.H., Garcia-Moreno C. (2008). WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women study team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the who multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 371(9619):1165-1172.
21. Karal D., Aydemir E. (2012). *Türkiye'de kadına yönelik şiddet*. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu (USAK) Sosyal Araştırmalar Merkezi Raporu. Ankara:USAK Yayınları. 5-58.
22. "Kadına Yönelik Şiddet" Kongre Kitabı 1.Kadın Sağlığı Kongresi 20-22/03/2008. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kadinsaglikikong.pdf>. ss:91,92,140-150,153 [02/07/2017].
23. (CEDAW). Convention on The Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Declaration on the elimination of violence against women. 85th. Plenary Meeting, UN GENERAL ASSEMBLY A/RES/48/104, 20/12/1993. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/c>. [10/06/2018].
24. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2013. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun.http://kadinstatusu.aile.gov.tr/data/542a9758369dc31550b3ac56/ailenin_korunma_si_ve_kadina_karsi_siddetin_onlenmesine_dair_kanun.pdf[10/10/2018].

25. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2009. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf>[10/06/2018].
26. (WHO). 23/11/ 2018. Displaced or refugee women are at increased risk of violence. What can WHO do?.<https://www.who.int/reproductivehealth/displaced-refugee-women-violence-risk/en/>[18/12/2018].
27. European Union Agency for Fundamental Rights.(2014). http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf[12/11/2018].
28. Beji Kızılkaya N., Meran Partovi H.E. (2016). Kadın sağlığına genel bakış. Beji Kızılkaya N. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 13-20.
29. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi (2002). Üye Devletlere Kadınların Şiddete Karşı Korunmasına İlişkin Tavsiye Kararı ve İzahat Belgesi. <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/kaynak/ulusarasi-belgelerkuruluslar/uluslararası-belgeler>. [05/12/2018].
30. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015). <http://unesco.org.tr/dokumanlar/duyurular/skh.pdf> [05/12/2018].
31. Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi Sağlık Çalışanları Eğitici Eğitimcisi Kılavuzu. Ankara 2015. http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/573_1.pdf . [06/07/2018].
32. Özkara E. Can İ.Ö. (2012). Kadına yönelik şiddetle ilgili güncel yasal değişiklikler ve adli tıp. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*.24(99):341-349.
33. Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımda 1. Basamağın Yeri ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi.1.Kadın Sağlığı Kongresi ‘‘Kadına Yönelik Şiddet’’ Ankara 2008. <http://kitap.okur-yazar.net/1-kadin-sagligi-kongresi-kadina-yonelik-siddet-kongre-kitabi-7906> [07/072017].
34. Woodtli M. A. (2001). Nurses’ attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *J Holist. Nurs*.19(4):340-359.
35. Power C. (2011). Domestic violence: What can nurses do? <https://www.crisisprevention.com/Blog/September-2011/Domestic-Violence-What-Can-Nurses-Do> [25/12/2018].
36. Doğan İ. (2007). *Vatandaşlık, demokrasi ve insan hakları*. Ankara: Pegem Yayıncılık. 47-82.
37. Durğun A. (2016). Aile içi problemler ve çözüm önerileri. *Mehir Aile Dergisi*. 1:83-95.

38. Seyyar A., Genç Y. (2010). *Sosyal hizmet terimleri (ansiklopedik “sosyal pedagojik çalışma” sözlüğü)*. Sakarya: Sakarya Kitabevi. 22, 26.
39. Duyan Çamur G. (2001). Farklı döngülerdeki ailelerin sosyal, demografik ve ekonomik nitelikleri. Mavili Aktaş A., Arıkan Ç., Duyan V., İl S., Onat Ü., Ünlü E. (Ed.). *1.Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu (2000’li Yıllarda Aile Hizmetleri)*, Ankara: Can Basın Yayın. 216-225.
40. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması 2011. <http://www.cocukhaklarizleme.org/wp-content/uploads/turkiyenin-aile-yapisi-arastirmasi-20111.pdf> [06/06/2018].
41. Velioglu P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.117-120.
42. Townsend C.M., Morgan I.K. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia: FA Davis Company. 199-214.
43. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları 1995. <https://ailetoplum.aile.gov.tr/uploads/pages/bilim-serisi/20-aile-ici-siddetin-sebep-ve-sonuclari.pdf> [20/10/2018].
44. Durğun A. (2018). Türkiye’de aile içi sorunlara yönelik sosyal politikalar ve şiddetin önlenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.8(1):1-12.
45. Eren A. (2005). Korku kültürü, değerler kültürü ve şiddet. *Aile ve Toplum*. 2(9):23-36.
46. Thomas M., Pierson J. (1999). *Dictionary of social work*. London: Collins Educational. 393.
47. WHO (2002). World Report on Violence and Health Geneva: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582 [08/06/2018].
48. Krug E.G., Mercy J.A., Dahlberg L.L., Zwi A.B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*. 360(9339):1083-1088.
49. WHO (2005). World Health Report: Multi-country study on women’s health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction.pdf [10/06/2018].
50. Fourth World Conference on Women (1995). <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>. [10/06/2018].
51. İzmirli G.O., Sönmez Y., Sezik M. (2014). Prediction of domestic violence against married women in South Western Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*. 127(3):288-292.

52. Garcia Moreno C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 359(9316):1509-1514.
53. Han Y.R. (2008). Experience of home health nursing personnel in actual and simulated case finding of wife abuse in Korea. *Public Health Nursing*. 25(1):88-97.
54. Cann K., Withnell S., Shakespeare J., Doll H., Thomas J. (2001). Domestic violence: A comparative survey of levels detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. *Public Health*. 115(2):89-95.
55. McCloskey L.A., Lichter E., Williams C., Gerber M., Wittenberg E., Ganz M. (2006). Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Rep*. 121(4):435-444.
56. Gutmanis I., Beynon C., Tutty L., Wathen C.N., MacMillan H.L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7(12):1-11.
57. John I.A., Lawoko S., Swanström L., Mohammed A.Z. (2010). Health care providers' readiness to screen for intimate partner violence in Northern Nigeria. *Violence and Victims*. 25(5):689-704.
58. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 2.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control 2015. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf> [28/11/2018].
59. Ramsden C., Bonner M. (2002). A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 10(1):31-39.
60. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Intimate Partner Violence: Definitions. Atlanta: USA; CentersforDisease Control andPrevention, National Center forInjuryPreventionand Control 2013.<https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html> [20/06/2018].
61. WHO (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence orsexual violence: A clinical handbook*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services WHO/RHR/14.26. 7-8.
62. Kızmaz Z. (2006). Şiddetin sosyokültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 16(2):247-267.
63. Değirmenci O. (2010). Uluslar arası suç olarak kadına karşı cinsel şiddet eylemleri. *TTB Dergisi*. 89(4): 27-95.

64. Schneider M.D. (2007). About women, war and darfur: The contiuning quest for gender violence justice. *North Dakota Law Review* 83:921-922.
65. Kulakaç Ö. (2015). Ailede kadına yönelik şiddet. Şirin A., Kavlak O. (Ed.). *Kadın Sağlığı*, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.174-180.
66. McCue M.L. (1995). *Domestic violence*. USA:A Reference Handbook Contemporary World Issues.60.
67. Dişsiz M., Hotun Ş.N. (2008). Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 1(1):50-58.
68. Vatandaş C. (2003). *Aile ve şiddet: Türkiye’de eşler arası şiddet*. Ankara: Uyum Ajans.50,54.
69. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, 2016-2020. <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf>[21/10/2018].
70. Çetin Abalı S., Aslan E. (2016). Kadın cinsel sağlığı ve kadına yönelik cinsel şiddet. Beji Kızılkaya N. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 239-246.
71. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/tr/tr/tr171tr.pdf> [12/06/2018].
72. İncesu C. (2006). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.5-6.
73. Çalışandemir F., Bencik S., Artan İ. (2008). Sexual education of children: An overview from the past to present. *Education and Science*. 33(150):14-16.
74. Gökkaya V.B. (2011). Türkiye’de kadına yönelik ekonomik şiddet. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*.12(2):101-112.
75. Watts C., Zimmerman C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*. 359(9313):1232-1237.
76. Maxfield M.G., Widom C.S. (1996). The cycle of volence: Revisited six years later. *Archives of pediatrics&adolescentmedicine*. 150(4):390-395.
77. Sheafor B.W., Horejsi C.R. (2003). *Techniques and guidelines for social work practice*. Boston: Allyn and Bacon. 533.
78. ICN. Nurses, alwaysthereforyou: United againstviolence. International NursesDay 2001. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/nurses.pdf> [18/06/2018].
79. Alsaker K., Moen B.E., Nortvedt M.W., Baste V. (2006). Low health- related ouality of life among abused women. *Quality of Life Research*.15(6):959-965.

80. Gunter J. (2007). Intimate partner violence. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 34(3):367-388.
81. Rynerson B. (1997). Violence against women, maternity and women health care. United States: Mosby Year Book. 1220-1242.
82. Eryılmaz G. (2001). Aile içi şiddet kadın sağlığı ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*. 5(2):19-24.
83. Şiddet döngüsü. <https://www.morcati.org.tr/tr/8-mor-cati-kadin-siginagi-vakfi/2-siddet-dongusu>. [05/12/2018].
84. Gustafson B. (2009). Manipulating cartographies: Plurinationalism, autonomy and indigenous resurgence in Bolivia. *Anthropological Quarterly*. 82(4):985-1016.
85. Chapple C.L., Johnson K.A. (2007). Gender differences in impulsivity. *Youth Violence And Juvenile Justice*. 5(3):221-234.
86. Seager J.A. (2005). Violent men: The importance of impulsivity and cognitive schema. *Criminal Justice And Behavior*. 32(1):26-49.
87. Erten Y., Adalı C. (2007). Saldırganlık şiddet ve terörün psiko-sosyal yapıları. *Cogito*. 6(7):143-164.
88. Kadına yönelik şiddet: Nedenleri ve sonuçları. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf [08/07/2018].
89. Gök M. (2009). *Aile içi şiddet ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.
90. Wareham J., Boots D.P., Chavez J.M. (2009). A test of social learning and intergenerational transmission among batterers. *Journal Of Criminal Justice*. 37(2):163-173.
91. Willis G.M., Levenson J.S., Ward T. (2010). Desistance and attitudes towards sex offenders: Facilitation or hindrance?. *Journal Of Family Violence*. 25(6):545-556.
92. Kesebir S., Kavzoğlu S.Ö., Üstündağ M.F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(2):321-342.
93. Özdemir S., Sezgin, F. (2011). İlköğretim okulu öğrencilerinin yönetici ve öğretmen desteği algılanan şiddet ve okul memnuniyetine ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 12(2):181-199.

94. Topitzets J., Mersky J.P., Reynolds A.J. (2011). Child maltreatment and offending behavior: Gender-specific effects and pathways. *Criminal Justice and Behavior*. 38(5): 492- 510.
95. Akan Y., Kıran B. (2017). Erkeklerin şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal Of Education Technology and Scientific Researches*. 2(2):47-71.
96. Şenol D., Yıldız S. Kadına yönelik şiddet algısı - kadın ve erkek bakış açılarıyla. Ankara:Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları 2013. <http://docplayer.biz.tr/5232458-Kadina-yonelik-siddet-algisi-kadin-ve-erkek-bakis-acilariyla-doc-dr-dolunay-senol-doc-dr-sitki-yildiz.html> [05/12/2018].
97. Gökkaya V.B. (2009). Türkiye’de şiddetin kadın sağlığına etkileri. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 10(2):167-179.
98. Sakman E. (2012). Cinsel şiddet: Ataerkil cinsellik anlayışının bir ürünü. *Pivolka*. 23(7):5-7.
99. Çivi S., Kutlu R., Marakoğlu K. (2008). The frequency of violence against women and the factors affecting this: A study on women who applied to two primary health care centers. *Gülhane Tıp Dergisi*.50(2):110-116.
- 100.Durmuş, E. (2013). Ergen bakış açısıyla okulda şiddet ve çözüm önerileri. *e-uluslararası eğitim araştırmaları dergisi*. 4(3):41-57.
101. Dökmen Z. (2000). *Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar*. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2-29.
102. Akın A. (2008). *Prof.Dr.Ayşe Akın’ın Penceresinden*.Ankara:Hüksam Yayınları. 36-39.
103. Aksakal H., Atasayar M. (2011). Aile içi kadına yönelik şiddetin biyo-psiko-sosyal sonuçları üzerine bir çalışma. *Akademik Bakış Dergisi*. 26(16):1-12.
104. Ayrancı Ü., Günay Y., Ünlüoğlu G. (2002). Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3(2):75-87.
105. Çifçi Ö. (2007). *Yaşadıkları şiddet nedeniyle sığınma evlerine başvuran kadınların umutsuzluk, depresyon ve üreme sağlığı durumlarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul.
106. Işıloğlu B. (2006). *Anksiyete ve depresyon tanısı ile izlenen evli kadınlarda aile içi şiddetin sosyodemografik faktörler çift uyumu ve hastalıkla ilişkisi*.Yayınlanmamış

Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

107. Çelik G. (2015). *Eşine şiddet uygulayan hükümlü erkeklerin özellikleri ve toplumsal cinsiyet algıları*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

108. Loseke D. R. (2005). Through A Sociological Lens. *Current Controversies On Family Violence*.35-47.

109. Scott K. (2004). Predictors of change among male batterers: Application of theories and review of empirical findings. *Trauma, Violence And Abuse*. 5(3):260-284.

110. Riggs D.S., Caulfield M.B., Street A.E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal Of Clinical Psychology*. 56(10):1289-1316.

111. Baysan L. (2003). *Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek geliştirme*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, İzmir.

112. Özmen S. (2004). Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 37(2):27-39.

113. Yanikkerem E. (2002). *15–49 yaş evli kadınların aile içi şiddete ilişkin görüşlerinin ve şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, İzmir.

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

115. Jevkers R. (2000). Violence against women: An emerging health problem. *International Clinical Psychopharmacology*. 15:37-45.

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

117. Arıkan Ç. (2016). *Aile içi kadına yönelik şiddet: Nedenleri, sonuçları ve çözüm önerileri*. Ankara: Sasam Yayınları. 9,10, 24, 25.

118. Özvarış Ş.B., Demirören M., Korkut F., Özbek E., Şener Ş., Teker N., Tunay Ş., Üner S. (2008). Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede sağlık hizmetleri: Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastane acil servislerinde çalışan sağlık personeli için. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede sağlık hizmetleri. Ankara: TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını. 7-133.

119. Campbell J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*.359(9314):1331-1336.
120. Urquia M.L., O'Campo P.J., Heaman M.I., Janssen P. A., Thiessen K. R. (2011). Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes; an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 11(42):1-9.
121. Atman Ü.C. (2003). Kadına yönelik şiddet: Cinsel taciz/ırza geçme. *Sted Dergisi*.12(9):333-335.
122. Demir S., Oskay Ü.Y. (2015). Aile içi şiddetin kadın üreme sağlığına etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(1):35-38.
123. Cinsel İçerikli Şiddet, Enformasyon Broşürü. file:///C:/Users/sezer.avci/Downloads/Brosch%C3%BCre_t%C3%BCrkisch.pdf[08/07/2018].
124. Kadına Yönelik Şiddet El Kitabı. <http://www.kadindayanismavakfi.org.tr/dosyalar/2008-Kadına-Yonelik-Siddet-El-Kitabi.pdf> [01/07/2018].
125. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı/kadina-yonelik-aile-ici-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planini-2007-2010-gormek-icin-tiklayiniz.pdf>[10/07/2018].
126. Kapan M., Yanikkerem E. (2016). Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15(5):431-439.
127. Taillieu T.L., Brownridge D.A. (2009). Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*. 15(1):14-35.
128. Yanikkerem E., Karadaş G., Adıgüzel B., Sevil U. (2006). Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *American Journal of Perinatology*. 23(2):93-103.
129. Yanikkerem E., Saruhan A. (2005). 15–49 yaş evli kadınların aile içi şiddet konusunda görüşlerinin ve aile içi şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*. 11(2):198-204.

130. Karaoğlu L., Celbis O., Ercan C., Ilgar M., Pehlivan E., Gunes G., Genc F. M., Egri M. (2005). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *European Journal of Public Health*.16(2):149-156.
131. Perales M.T., Cripe S.M, Lam N., Sanchez S.E., Sanchez E., Williams M.A.(2009). Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence against Women*.15(2):224-250.
132. Güler N. (2010). Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*.3(2):72-77.
133. Şahin E.M., Yetim D., Öyekçin D.G. (2012). Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*.34(1):23–32.
134. Das S., Bapat U., Shah More N., Alcock G., Joshi W., Pantvaiddya S., Osrin D. (2013). Intimate partner violence against women during and after pregnancy: A cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC Public Health*. 13(817):1-12.
135. Kouyoumdjian F.G., Calzavara L.M., Bondy S.J., O’Campo P., Serwadda D., Nalugoda F., Kagaayi J., Kigozi G., Waver M., Gray R.(2013). Risk factors for intimate partner violence in women in the Rakai community cohort study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*.13(566):1-9.
136. Hammoury N., Khawaja M. (2007). Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon.*European Journal of Public Health*.17(6):605-606.
137. Göğüş T., Yıldız H. (2013). Trimestirlere göre gebelerde şiddet yaşama durumu, etkileyen faktörler ve perinatal sonuçlar. *TAF Prev Med Bull*.12(6):657-664.
138. Demelash H., Nigatu D., Gashaw K. (2015). A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight, Southeast Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International*. Article ID 394875. 1-6.
139. Özgentürk İ., Karğın V., Baltacı H. (2012). Aile içi şiddet ve şiddetin nesilden nesile iletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*. 14(4):55-77.
140. Karadağ G. (2015). Aile içi şiddet, çocuğa yansımaları. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*.1(2):37-41.
141. Vahip I. (2002). Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış.*Türk Psikiyatri Dergisi*. 13(4):312-319.
142. Bandura A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*. 28(3):12-29.

143. Bayat M. Evgin D. (2015). Çocuğa yönelik şiddet. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics.1(2):30-36.*
144. Kahraman M.S. Çokamay G. (2016). Aile içi şiddet ve çocuklar üzerindeki etkileri: temel kavramlar, güvenlik planı hazırlama ve alternatif tedavi model örnekleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 8(4):321-336.*
145. Lök N. Başoğul C. Öncel S.(2016). Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 8(2):155-161.*
146. Taner Y., Bahar G. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali, psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi. 35(2):82-86.*
147. Özer E., Bütün C., Yücel Beyaztaş F., Engin A. (2007). Çorum adli tıp şube müdürlüğü'ne 2006-2007 yıllarında başvuran cinsel istismar mağduru çocuk olgularının değerlendirilmesi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 29(2):51-55.*
148. Köylü H. (2017). *Sağlık bilimleri için temel fizyoloji*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri. 291-320.
149. Çiçek Sütçü H., Yava A. (2016). *Hemşirelik ve sağlık meslek okulları için fizyoloji; klinik uygulamaya yönelik*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti.157-178.
150. Çetinkalp Ş. (2017). *Endokrinoloji*. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-25.
- 151.Süzen B. (2012). *İnsan anatomisi ve fizyolojisine giriş*. İstanbul: Bedray Yayınevi. 377-379.
152. Kleerekoper M. (2006). Hormones. Burtis A.C., Ashwood R.E., Bruns E.D. (Ed.), *Tietz textbook of clinical chemistry and molecular diagnostics*. USA: Elsevier. 1019.
- 153.Valladares E., Pena R., Ellsberg M., Persson L.A., Högberg U.(2009). Neuroendocrine response to violence during pregnancy impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstetrica et Gynecologica. 88(7):818-823.*
154. Tanrıverdi G. (2015). Kadına yönelik şiddetle mücadele ve hemşirelik. Seviğ Ü. (Ed.), *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği. 1(2):19-20.*
155. Heisse L. (1993). Violence against women; the hidden health burden. *World Health Statistic Quarterly. 46(1):78-85.*
156. Hills D.J (2003). Patient aggression in general hospital in patient settings: A review of the literature. Mid Western Area Health Service, Nursing Monography. Bathurst: Charles Sturt University. Australia 3-11. http://www.mwahs.nsw.gov.au/publications/nurs_monography03/agression.pdf [10/12/2018].

157. ITUC (International Trade Union Confederation). International campaign for the elimination of violence against women. (2008). <http://www.ituc-csi.org/img/pdf/ituc-violence-pagegb.pdf> [06/06/2018].
158. United Nations The World's Women 2010. (2010). *Trends and statistics*. New York: UN Department of Economic and Social Affairs. 127-134.
159. United Nations Secretary-General's Campaign to end Violence Against Women, Published by the UN Department of Public Information, DPI/2546A, November 2011. <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/take-action/unite> [15/12/2018].
160. Al-Badayneh, D. M. (2012). Violence against women in Jordan. *Journal of family violence*. 27(5):369-379.
161. Black M.C., Basile K.C., Breiding M.J., Smith S.G., Walters M.L., Merrick M.T., Stevens M.R. (2011). The national intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report. *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*. 19:39-40.
162. Yılmazel G., Baykan Z., Çetinkaya F. (2016). Domestic violence and related factors during pregnancy. *Uludağ Med J*. 2(1):12-19.
163. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet Araştırması, Ankara 1998. <https://docplayer.biz.tr/7607513-T-c-basbakanlik-aile-arastirma-kurumu-baskanligi-aile-icinde-ve-toplumsal-alanda-siddet-ankara.html> [15/12/2018].
164. İzmirli O.G. (2013). *Isparta ili gönen ilçesi'nde yaşayan 15-19 yaş grubu evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma sıklığı ve aile içi şiddet görmeye sebep olan faktörler*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
165. Kadın İstatistikleri (2018). Kadın Cinayetleri. <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/2018-de-kadin-istatistikler> [18/12/2018].
166. <http://www.ntvmsnbc.com/id/25481763/> [18/12/2018].
167. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Raporu (2009). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf>. [11/12/2018].
168. Güvenç G., Akyüz A., Cesario S. (2014). Intimate partner violence against women in Turkey: A synthesis of the literature. *Journal of Family Violence*. 29(3):333-341.

169. Şahin Bilgin B., Dündar Erbay P. (2017). Kadına yönelik şiddet ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 18(3):203-210.
170. İlkaracan P., Gülçür L., Arın C. (1996). *Sıcak yuva masalı: Aile içi şiddet ve cinsel taciz*. İstanbul: Metis Yayınları. 40-60.
171. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948). <https://www.tbmm.gov.tr/komisyoin/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>. [10/12/2018].
172. Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi Genel Tavsiye Kararları CEDAW Genel Tavsiyeler No: 24. Kadınlara ve Sağlık. (1999). http://www.ihop.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=66[12/12/2018].
173. CEDAW Tavsiye Kararları 12 Sayılı Tavsiye Kararı. (1989). <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/kaynak/ulusarasi-belgelerkuruluslar/uluslararasi-belgeler> [12/12/2018].
174. CEDAW Tavsiye Kararları 19 Sayılı Tavsiye Kararı. (1992). <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/kaynak/ulusarasi-belgelerkuruluslar/uluslararasi-belgeler> [12/12/2018].
175. BM Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri (1993). <https://www.tbmm.gov.tr/komisyoin/insanhaklari/pdf01/221-227.pdf> [12/12/2018].
176. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi. <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/kaynak/ulusarasi-belgelerkuruluslar/uluslararasi-belgeler>[12/12/2018].
177. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. (2015). <http://unesco.org.tr/dokumanlar/duyurular/skh.pdf> [12/12/2018].
178. Eryılmaz M.B., Güleç H.B., Büker H. (2012). *Tehdit altındaki kişilerin korunması*. Ankara: T.C. İç İşleri Bakanlığı Yetenek Ajans. 3-18.
179. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2012-2015. <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani-2012-2015-icin-tiklayiniz.pdf>[12/12/2018].
180. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/TCEUlusaleylemplani.pdf>[12/12/2018].
181. Baydur E., Ertem B. (2006). Kadına yönelik evlilik içi şiddetin hukuki boyutları: Ceza Kanunu, Medeni Kanun ve Ailenin Korunmasına Dair Kanun kapsamında bir inceleme. *TBB Dergisi*. 65:89-118.

182. Yoksulluğa Dair (2016). <https://www.sosyalcalismayayinlari.com/cart-page> [15/12/2018].
183. Arıkan, Ç. (1999). 'Gençlik, şiddet ve hoşgörü' Prof. Dr. Sema Kut'a armağan: Yaşam boyu sosyal hizmet. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın. 253-264.
184. Wolfe D.A., Jaffe P.G. (1999). Emerging strategies in the prevention of domestic violence. *The Future of Children*.9(2):133-144.
185. Sadock, B.,J.,V. A. Sadock, P. Ruiz (2016). *Kaplan & Sadock Psikiyatri. Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 1375.
186. Arıkan Ç. (2011). Aile içi şiddet: İstismar ve ihmale sosyal hizmet müdahalesi. Özkan Y.(Ed.), *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı*. Ankara: Maya Akademi. 31-49.
187. Demirdirek H., Şener Ü (2014). *81 il için toplumsal cinsiyet eşitliği karnesi*. Ankara: TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Yayını. 30, 34-35.
188. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalkinma%20Planı.pdf> [18/12/2018].
189. Öncelikli Dönüşüm Programları, 10. Kalkınma Planı (2014-2018) Aile ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı. (2015). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/OncelikliDnusunProgramlariEylemPlanlar/Attachments/26/22%20Ailenin%20ve%20Dinamik%20Nüfus%20Yapısının%20Korunması%20Programı%20Eylem%20Planı.pdf> [18/12/2018].
190. Başbakan Sayın Binali YILDIRIM tarafından Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne Sunulan 65. Hükümet Programı (2016). http://www.basbakanlik.gov.tr/forms/_global/_government/pg_GovernmentProgram.aspx [18/12/2018].
191. On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121206-1.htm> [18/12/2018].
192. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı (2012). <http://sgb.aile.gov.tr/data/5434f94f369dc31d48e42de7/ASPB%202013-2017%20%20strateji%20planı.pdf> [10/11/2018].

193. Gomes N.P., Erdmann A.L., DosSantos J.L., Mota R.S., De SouzaCarvalho M.O., Meirelles B.H. (2013). Caring for women facing domestic violence: Grounded theory. *Online Brazilian J Nurs.* 12(4):782-793.
194. Şatıroğlu H., Berker B. (2006). Doğum öncesi bakım, takip ve gebe muayenesi. Köker İ. (Ed.), *Kadın hastalıkları ve doğum temel bilgileri*. Ankara: Nobel Tıp Kitap Evi. 240-243.
195. O'Doherty L.J., Taft A., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L.L., Feder G. (2014). Screening women for intimate partner violence in health care settings: Abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 348(2913):1-11.
196. Feder G. (2006). Responding to intimate partner violence: What role for general practice? *Br J Gen Pract.* 56(525):243-244.
197. Rabin R.F., Jennings J.M., Campbell J.C., Bair-Merritt M.H. (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med.* 36(5):439-445.
198. Lutembacher M., Cohen A., Mitzel J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing.* 20(1):56-64.
199. Garcia-Moreno C., Jansen H.A., Ellsberg M., Heise L., Watts C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet,* 368(9543):1260-1269.
200. Biçici Gezgin B., Uysal A. (2014). Assessing the psychometric properties of the Turkish version of attitudes and practice of health care providers regarding intimate partner violence survey scale. *Violence and Victims.* 29(4):688-700.
201. Yaman Efe Ş. (2009). Aile içi şiddete uğrayan kadınlara yönelik hemşirelik hizmetlerinde "Değişim Modelinin" kullanılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2(3):130-135.
202. Shepard M.F., Elliott B.A., Falk D.R., Regal R.R. (1999). Public health nurses' responses to domestic violence: A report from the enhanced domestic abuse intervention project. *Public Health Nursing.* 16(5):359-366.
203. Yazıcıoğlu Y., Erdoğan S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık. 49-50.
204. Dennis C.L. (1999). Theoretical underpinnings of breast-feeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation.* 15(3):195-201.
205. Dennis C.L. (2003). The breast-feeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.* 32(6):734-744.

206. Tokat A.M., Okumuş H., Dennis C.L. (2010). Translation and psychometric assessment of the breastfeeding self-efficacy scale short form among pregnant and postpartum women in Turkey. *Midwifery*. 26(1):101-108.
207. Bandura A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*. 13(2):249-623.
208. Tokat A.M. (2009). *Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
209. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimci Kitabı. (2003). http://www.annevebebek.gov.tr/uploads/dokumanlar/gebe_bilgilendirme_egitim_kitabi.pdf [05/12/2016].
210. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. (2014). https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf [05/12/2016].
211. Törüner K.E., Büyükgönenç L. (2013). *Çocuk sağlığı, temel hemşirelik yaklaşımları*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık. 360.
212. Kirchbaum C., Hellhammer, D.H. (1989). Salivary cortisol in psychobiological research: An overview. *Neuropsychobiology*. 22:150-169.
213. Kirchbaum C., Hellhammer, D.H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuro endocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuro endocrinology*. 19(4):313-333.
214. Riad-Fahmy D., Read G.F., Walker R.F., Griffiths K. (1982). Steroids in saliva for assessing endocrine function. *Endocrine Reviews*. 3(4):367-395.
215. Hellhammer D.H, Kirchbaum C., Belkien L. (1987). Measurement of salivary cortisol underpsychological stimulation. Hingtgen J.N., Hellhammer D.H., Huppmann G. (Ed.). *Advanced methods in psychobiology*. Toronto:Hogrefe. 281-289.
216. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> [05/12/2016].
217. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he> [05/12/2016].
218. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/43917,5--aile-hekimligi->

uygulamasinda-onerilen-periyodik-saglik-muayeneleri-ve-tarama-testleri-rehberipdf.pdf?0 [05/12/2016].

219. Ambroziak U., Kondracka A., Bartoszewicz Z., Krasnodebska-Kiljańska M., Bednarczuk T. (2015). The morning and late-night salivary cortisol ranges for healthy women may be used in pregnancy. *Clinical Endocrinology*. 83(6):774-778.

220. Oaks B. M., Laugero K. D., Stewart C. P., Adu-Afarwuah S., Lartey A., Ashorn P., Vosti S. A., Dewey K. G. (2016). Late-pregnancy salivary cortisol concentrations of Ghanaian women participating in a randomized controlled trial of prenatal lipid-based nutrient supplements. *The Journal of Nutrition*. 146(2):343-352.

221. Seçer İ. (2015). SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi, analiz ve raporlaştırma. Ankara: Anı Yayıncılık. 47-48.

222. Bolu F., Mayda A.S., Yılmaz M. (2015). Bir üniversite hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerde maruz kalınan şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *Nobel Medicus*. 11(1):64-70.

223. Mammadov B. (2015). *KKTC'de gebe kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Lefkoşa.

224. Şahin S., İlçioğlu K., Ünsal, A. (2017). Domestic violence, depression and anxiety during pregnancy. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14(3):204-211.

225. Gençer A., Onat T. BAŞER E., Kara M., Yalvaç E.S. (2018). Yozgatta gebelere yönelik şiddet yaygınlığı. *Bozok Tıp Dergisi*. 8(2):59-64.

226. Akalın A. (2010). 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

227. İstihdamda Kadın. <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/2018-de-kadin-istatistikleri> [11/03/2019].

228. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı, Ankara.

229. İstatistiklerle Kadın, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>[11/03/2019].

230. Dindaş H.(2008). *Kadına yönelik eş şiddetinin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

231. WHO-UNICEF (2001). Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.
232. Beydağ K.D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6:479-484.
233. Carter D, Kostaras X. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *British Columbia Medical Journal*. 47:96-99.
234. Özorhan E.Y., Ejder Apay S., Şahin Altun Ö. (2014). Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2(3):33-42.
235. Karaçam Z., Ançel G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*. 25(4):344-356.
236. Yanikkerem E., Ay S., Piro N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 39(1):180-187.
237. Şahin H.A., Şahin H.G. (2003). An unaddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 8(2):93-98.
238. Ezechi O.C., Kalu B.K., Ezechi L.O., Nwokoro C.A., Ndububa V.I., Okeke G.C. (2004). Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 24(6):652-656.
239. Finnbogadóttir H., Dykes K.A., Hansson W.C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(228):1-10.
240. Abate A.B., Wossen A.B., Degfie T.T. (2016). Determinants of intimate partner violence during pregnancy among married women in Abay Chomendistrict, Western Ethiopia: A community based cross sectional study. *BMC Women's Health*. 16(16):1-8.
241. Khaironisak H., Zaridah S., Hasanain F.G., Zaleha M.I. (2016). Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women & Health*.
242. Katiti V., Sigalla N.G., Rogathi J., Manongi R., Mushi D. (2016). Factors influencing disclosure among women experiencing intimate partner violence during pregnancy in Moshi Municipality, Tanzania. *BMC Public Health*. 16(715):1-9.

243. Almeida P.C., Eduardo S., Cunha F., Ermelinda P.P. (2013). Violence during pregnancy and its effects on mother–baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 31(4):370–380.
244. Devries K.M., Kishor S., Johnson H., Stockl H., Bacchus L.J., Garcia Moreno C., Watts C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 18(36):158-170.
245. Farid M., Saleem S., Karim M. S., Hatcher, J. (2008). Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 101: 141-145.
246. Gao, W., Paterson J., Carter S., Iusitini, L. (2008). Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *International American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 100: 109–115.
247. Moraes C. L., Reichenheim M. E. (2002). Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 79(3):269-277.
248. Öztürk H., Sevil Ü. (2005). Gebelikte şiddet. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 15(1):1-16.
249. Bayram O.G. (2009). Gebelikte şiddet ve benlik saygısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 5(2): 67-71.
250. Giray H., Keskinoglu P., Sönmez Y., Meseri R., Karakuş N., Yüceci S., et al. (2005). Domestic violence and associations during pregnancy. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 10: 217-220.
251. Deveci S. E., Açık Y., Gülbayrak C., Tokdemir M., Ayar A. (2007). Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. *Southeast Asian Journal Tropic Medicine Public Health*. 38: 754-760.
252. Johnson J. K., Haider F., Ellis K. (2003). The prevalence of domestic violence in pregnant women. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 110: 272–275.
253. Golchin N.A.H., Hamzehgardeshi Z., Hamzehgardeshi L., Ahodashti M.S. (2014). Socio demographic characteristics of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in Iranian Setting. *Iran Red Crescent Med Journal*. 16(4):
254. Gashaw B.T., Berit S., Magnus J.H. (2018). Socioecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLoS ONE*. 13(3):1-14.
255. Taşpınar A., Bolsoy N., Şirin A. (2005). Gebeler fiziksel şiddete uğruyorlar mı? Manisa örneği, *Adli Psikiyatri Dergisi*. 2(2):7-41.
256. Akçınar M., Güner T. (2008). Gebelik, kadına uygulanan şiddeti azaltıyor mu? I. Kadın Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı Poster Bildiri: 234.

257. Yeşil Y. (2015). *Bireysel ve grup emzirme eğitiminin anne ve baba adaylarında doğum sonu dönemde emzirme öz-yeterliğe ve tutumuna etkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. İzmir.
258. O'Campo P., Faden R.R., Gielen A.C., Wang M.C. (1992). Prenatal factors associated with breast feeding duration: Recommendations for prenatal interventions. *Birth*. 19:195-201.
259. Baysal H.Y., Türkoğlu N., Küçükoğlu S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeği olan annelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının karşılaştırılması. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 4(1):31-36.
260. İnce T., Aktaş G., Aktepe N., Aydın A. (2017). Annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 7(3):183-190.
261. Dennis C.L. (2002). Breast feeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.31:12-32.
262. Uludağ E. (2017). *Erken lohusalık döneminde eş desteğinin emzirme öz yeterliliğine etkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum.
263. Yurtsal B.Z. (2014). *Gebelere ve eşlerine verilen emzirme eğitimi ve danışmanlığının emzirme sürecine ve bağlanmaya etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.
264. Kurnaz D. (2014). *Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
265. Schafer R., Genna C.W. (2015). Physiologic breast feeding: A contemporary approach to breast feeding initiation. *J Midwifery Womens Health*. 60:546-553.
266. Yang X., Gao L.L., Ip W.Y., SallyChan W.C. (2016). Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 41:1-8.
267. Özkan H., Üst Z.D., Gündoğdu G., Çapık A., Şahin, S.A.(2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 48(2): 125-132.
268. Faramarzi M., Esmaelzadeh S., Mosavi S. (2005). Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica*. 43(2):115-122.

269. Janssen P.A., Holt V.L., Sugg N.K., Emanuel I., Critchlow C.M., Henderson A.D. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 188(5):1341-1347.
270. Mahapatro M., Gupta R.N., Gupta V., Kundu A.S. (2011). Domestic violence during pregnancy in India. *Journal of Interpersonal Violence*. 26(15):2973-2990.
271. Aksakal H., Atasayar M. (2011). Aile içi kadına yönelik şiddetin biyo-psiko-sosyal sonuçları üzerine bir çalışma. *Akademik Bakış (AKBA) Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E- Dergisi*. 26(16):1-12.
272. Murphy C.C., Schei B., Myhr T.L., Mont J.D. (2001). Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 164 (11):1567-1572.
273. Yost N.P., Bloom S.L., McIntire D.D., Leveno K.J. (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 106(1):61-65.
274. Garcia H., Avendano N.P., Rodriguez I. (2008). Neonatal and maternal morbidity among adolescent and adult women. A comparative study. *Rev Invest Clin*. 60(2):94-100.
275. Moster D., Lie R.T., Merkestad T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med*. 359(3):262-273.
276. Slattery M.M., Geary M., Morrison J.J. (2008). Obstetric antecedents for preterm delivery. *J PerinatMed*. 36(4):306-309.
277. Kavuncuoğlu S., Öztürk E., Aldemir E.Y., Ceylan Y., Özbek S. (2010). Riskli gebelik nedeni ile izlenen annelerden doğan preterm bebeklerin erken dönem morbidite ve mortalite sonuçları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2(1):27-30.
278. Zhang Y., Zhang Y.L., Zou S.H., Zhang X.H., Cao Y.P., Yang S.C. (2008). Correlation between domestic violence in pregnancy and the levels of plasma amino acids and cortisol in the neonates. *Zhonghua nei ke za zhi*. 47(3):209-212.
279. Pico-Alfonso M.A., Garcia-Linares M.I., Celda-Navarro N., Herbert J., Martinez M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological psychiatry*. 56(4):233-240.
280. Zhang Y., Zou S., Zhang X., Zhang Y. (2013). Correlation of domestic violence during pregnancy with plasma amino-acid neurotransmitter, cortisol levels and catechol-o-methyltransferase V al(158) M et polymorphism in neonates. *Asia-Pacific Psychiatry*. 5(1):2-10.

281. Otten W., Kanitz E., Tuchscherer M., Schneider F., Brussow K.P. (2004). Effects of adrenocorticotropin stimulation on cortisol dynamics of pregnant gilts and their fetuses: implications for prenatal stress studies. *Theriogenology*. 61(9):1649–1659.
282. Evans L., Myers M., Monk C. (2008) Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression-but only when comorbid. *Arch Womens Ment Health*. 11(3):239-248.
283. Tollenaar M.S., Beijers R., Jansen J., Riksen-Walraven J.M., de Weerth C. (2011) Maternal prenatal stress and cortisol reactivity to stressors in human infants. *Stress*. 14(1):53–65.



Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/010

Karar tarihi : 04.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 04.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen 22.03.2017 tarihli Tez Jürisi Atama Formuna göre;

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi, 154101098 öğrenci numaralı Ezgi DİRGAR'ın "Kendisine İnsülin Enjeksiyonu Uygulayan Diyabetlilerin Uygulama Hataları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının değerlendirilmesi ve tez savunma sınavını yapmak üzere aşağıdaki Öğretim Üyelerinden sınav jürisi oluşturulmasına ve tez savunma sınav tarihinin aşağıdaki şekilde belirlenmesine;

Asil Jüri Üyeleri		Yedek Jüri Üyeleri	
1.	Prof. Dr. Nermin OLGUN (Danışman-Üye)	1.	Doç. Dr. Özlem OVAYOLU
2.	Doç. Dr. Nuran TOSUN (Başkan-Üye)	2.	Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT
3.	Yrd. Doç. Dr. Selda ÇELİK (Üye)		

Sınav Tarihi:	25.04.2017	Sınav Saati:	11.00	Sınav Yeri:	Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO
---------------	------------	--------------	-------	-------------	----------------------------------

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101062 Aslan DOĞAN	KOAH'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin hastalığın yaşam kalitesi ve Anksiyete üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi

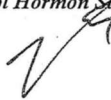
3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164102032 Burçak ÖCAL	Koroner arter bypass greft yapılan hastaların fizyoterapi beklentileri ve kaygı düzeylerinin incelenmesi
154102034 Asiya UZUN	Serebral palsili çocuklarda fizyolojik lordozu destekleyen alt gövde desteğinin gövde stabilitesi ve üst ekstremitte fonksiyonelliği üzerine etkisi
154102040 Tahir DEDEOĞLU	Fizyoterapistlerin mesleki profesyonelliklerini uygulayabilme düzeylerinin araştırılması

4- Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programına kayıtlı 154115006 numaralı Sezer AVCI isimli öğrencinin Tez İzleme Komitesi 04.04.2017 tarihinde toplanarak tez önerilerini incelemiştir. Tez konusunun "Gebelikte Aile içi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi" olmasına;


Oy birliği ile karar verilmiştir.






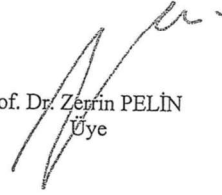






Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)




Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

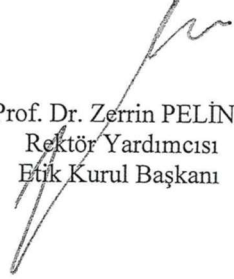
**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

25.07.2017

Sayın Öğr. Gör. Sezer AVCI

“*Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi*” konulu çalışmanız 25.07.2017 tarih ve 2017-08 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 4. Çalışmanın Kurum İzni



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 72151567-604.01.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

Syn: Sezer AVCI

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

Tarafınızca yapılmak istenen “Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormonu Salınımı ve Yenidoğana Etkisi” konulu teziniz için Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan tarafımızca görüş istenmiş olup, cevap yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr. Mustafa TANRIVERDİ
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:
Araştırma İzin Talebi

Aile Hekimliği Uygula Şube Müdürlüğü
Mücahitler Mah. 25 Nolu Sk. No: 4/7 Şehitkamil/GAZİANTEP
Faks No:

e-Posta:elcin.canbay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hsm27.ahu@saglik.gov.tr

Bilgi için:ELÇİN CANBAY

Unvan:EBE

Telefon No:0342 220 05 05

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5ce7c37c-4f62-4aed-aa2a-4c82129ef829 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377/604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.
Tülay ORTABAĞ)

GAZİANTEP VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi : 04/08/2017 tarihli ve 72151567-663.08-591 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazıda, Gaziantep Hasan KALYONCU Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ sorumluluğunda, Öğretim Görevlisi Sezer AVCI tarafında yapılmak istenen “ Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi” konulu araştırma talebi için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile sağlığı merkezine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca,

a) Araştırma kapsamında ulaşılmak istenen kişilere ait herhangi bir bilginin araştırmacılara verilemeyeceği, bu sebeple gerekli bilgi ve kişilere araştırmacıların kendi imkânları ulaşması,

b) Araştırmada yapılacak herhangi bir invaziv işlemin, gönüllü olan katılımcıların üniversite hastanesine davet edilerek işlemin üniversite hastanesinde yapılması. Kişilerin hastaneye ulaşım giderlerinin karşılanması,

c) Araştırma kapsamında yapılacak işlemlere yönelik katılımcıların sosyal güvencelerinin hiçbir şekilde kullanılmaması,

d) Onam formunda araştırma kapsamında yapılacak her işlemin katılımcıya ayrıntılı bir şekilde araştırmacı tarafından belirtilmesi ve olurlarının alınması gerektiği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c3f379a8-399c-495a-8a77-a4f81157b9e4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu hususlara riayet edilmesi kaydıyla yukarıda yer alan ilkelere bağılı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa UZUN
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Z.KÖŞEOĞLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c3f379a8-399c-495a-8a77-a4f81157b9e4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 72151567-604.01.02
Konu : Sezer AVCI'nın Araştırma Tezi Hk.

ŞAHİNBEY KAYMAKAMLIĞINA
(Şahinbey Toplum Sağlığı Merkezi)

İlgi : 20/09/2017 tarihli ve 67350377-604.02-823 sayılı yazı

İlgi tarih ve sayılı yazıda da belirtildiği üzere; Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Sezer AVCI'nın "Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormonu Salınımı ve Yenidoğana Etkisi" konulu tez çalışmasını Toplum Sağlığı Merkezimize bağlı Halide Aevli Aile Sağlığı Merkezinde yapması Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından uygun görülmüş olup, Aile Sağlığı Merkezine bilgi verilmesi hususunu;

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr. Mustafa TANRIVERDİ
Halk Sağlığı Müdürü

Aile Hekimliği Uygula Şube Müdürlüğü
Mücahitler Mah. 25 Nolu Sk. No: 4/7 Şehitkamil/GAZİANTEP
Faks No:

e-Posta:elcin.canbay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hsm27.ahu@saglik.gov.tr

Bilgi için:ELÇİN CANBAY

Unvan:EBE

Telefon No:0342 220 05 05

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7bdd2e50-6d3a-4813-975d-39983ca5073c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Veri Toplama Formları

ANKET FORMU GEBELERE İLİŞKİN TANIMLAYICI VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Adı-Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Tel:

Adres:

1. Doğum tarihiniz:(...../...../.....)

2. Eşinizin doğum tarihi : (...../...../.....)

3. Öğrenim durumunuz?

- 1) Okur- Yazar değil
- 2) Okur -Yazar ancak okul bitirmemiş
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul veya ilköğretim mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Yüksekokul-Üniversite mezunu

4. Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

5. Bir önceki soruya cevabınız evetse lütfen belirtiniz.

- 1) Serbest meslek sahibi
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Sağlık personeli

6. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- 1) Okur- Yazar değil
- 2) Okur -Yazar ancak okul bitirmemiş
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul veya ilköğretim mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Yüksekokul-Üniversite mezunu

7. Eşiniz ne iş yapıyor?

- 1) Çalışmıyor
- 2) Serbest meslek sahibi
- 3) Memur
- 4) İşçi
- 5) Emekli
- 6) Kendi bahçe/ tarlasında (ücretsiz) çalışıyor

8. Evde yaşayan kişi sayısı:....(Aylık gelir):..... TL.

9. Ailenizin gelir durumu gider durumuna göre nasıldır?

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir gidere eşit
- 3) Gelir giderden fazla

10. Sosyal güvenceniz var mı; hangisi?

1) Yok 2) SSK 3) Emekli Sandığı 4) Bağ-kur 5) Diğer (belirtiniz):

11. Eşinizle beraberlik bağınız şunlardan hangisidir?

- 1) Medeni nikah
- 2) İmam nikahı
- 3) Her ikisi (Medeni nikah, imam nikahı)
- 4) Nikahsız beraberlik

12. Şu anki evliliğinizi kaç yaşınızdayken yaptınız?

.....

13. Evlendiğinizde eşiniz kaç yaşındaydı?

.....

14. Eşinizle evlenme şekliniz nedir?

- 1) Tanışıp anlaşarak
- 2) Görücü usulü
- 3) Kaçarak

15. Eşinizle evlilik süreniz:

16. Genel olarak evliliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Kötü
- 2) Orta
- 3) İyi

17. Alkollü içki içer misiniz?

- 1) Hiç içmem
- 2) Gebe olunca bıraktım
- 3) Çok seyrek
- 4) Birkaç günde bir
- 5) Haftada bir
- 6) Her gün

18. Eşiniz alkollü içki içer mi?

- 1) Hiç içmez
- 2) Çok seyrek
- 3) Birkaç günde bir
- 4) Haftada bir
- 5) Her gün

19. Sigara içer misiniz?

- 1) Hiç içmem
- 2) Gebe olunca bıraktım
- 3) Gebe olunca azalttım

20. Eşiniz sigara içer mi?

- 1) Hiç içmez
- 2) Çok seyrek
- 3) Birkaç günde bir
- 4) Haftada bir
- 5) Her gün

21. Kronik bir hastalığınız varsa belirtiniz:.....

22.Toplam:

- 1)Yaşayan çocuk sayısı (cinsiyet):.....
- 2) Gebelik sayısı (bu gebeliğinizle birlikte) :.....
- 3) Düşük sayısı:.....
- 4) Küretajsayısı:.....

23. Bu gebeliğiniz isteyerek mi oldu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

24. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- 1) Kız
- 2) Erkek

25. Sizin istediğiniz cinsiyet nedir?

- 1) Kız
- 2) Erkek
- 3) Farketmiyor

26. Eşinizin istediği cinsiyet nedir?

- 1) Kız
- 2) Erkek
- 3) Farketmiyor

27. Gebeliğinizde ilk kontrolünüzü kaçncı ayda yaptırınız? -.....

28. Bu zamana kadar kaç kez kontrolünüz yapıldı? -.....

29. Gebeliğinizde riskli bir durum var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

30. Bir önceki soruya cevabınız evetse tespit edilen riskli durum nedir?

-.....

31. Gebeliğinizde sizi üzen ya da strese sebep olan aşağıdaki durumları veya başka durumları yaşadınız mı?

- 1) Eşinizin işten ayrılması
- 2) Bir yakınınızın hasta olması
- 3) Bir yakınınızın vefatı
- 4) Diğer:.....

ARAŞTIRMAYA KATILAN GEBELERİN MARUZ KALDIKLARI ŞİDDET TÜRLERİ

1. Gebeliğinizde şiddete maruz kaldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

2. Birinci soruya cevabınız evetse aşağıdaki fiziksel şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız?

- 1) İtme ()
2) Yumrukla vurma ()
3) Tokat atma ()
4) Tekmeleme ()
5) Sert cisimle vurma ()
6) Bıçakla saldırma ()
7) Saçını çekme ()
8) Üstüne yürüme ()

3. Birinci soruya cevabınız evetse aşağıdaki duygusal şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız?

- 1) Ağır sözler söyleme ()
2) Lakap takma ()
3) Tehdit etme ()
4) Küçümseme ()
5) Küfür etme ()
6) Dayak ya da ölümle korkutma ()
7) Sesini yükseltme ()
8) Kıskançlık kavgası çıkarma ()
9) Yakınlarınızla görüşmeyi engelleme ()
10) Başkalarının önünde aşağılama ()
11) Sizi odaya kapatma ()

4. Birinci soruya cevabınız evetse aşağıdaki cinsel şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız?

- 1) İstemediğiniz cinsel davranışa zorlama ()
2) Zorla cinsel ilişkiye girme ()
3) Aşırı kıskanç davranma ()

5. Birinci soruya cevabınız evetse aşağıdaki ekonomik şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız?

- 1) Paranızı elinizden alma ()
2) Çalışmanızı yasaklama ()
3) Para vermeme ya da kısıtlama ()
4) Aile geliri konusunda bilgi vermeme ()

DOĞUM VE YENİDOĞANA AİT ÖZELLİKLER VE KORTİZOL HORMON DÜZEYİ ÖLÇÜM SONUÇLARI

1. Doğum şekli

- 1) Normal doğum ()
2) Sezaryan ()

2. Yenidoğan ile ilgili sonuçlar

- Doğum haftası:
- Doğum ağırlığı:
- Diğer:.....

3. Kortizol hormon düzeyi sonuçları

- 1) 2.trimester:
2) 3.trimester:
3) Lohusalık dönemi:
4)Yenidoğan: :

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
1. Mülkiyet sahibi olma veya bankada yatırımlarımız eşimin üzerinedir.					
2. Eşim harcamalarımı kısıtlar.					
3. Eşim para işlerini tekeline alır.					
4. Eşim bir işe girmemi, çalışmamı istemez ve çocuklara bakmam için evde kalmamı ister.					
5. Eşim para harcamam konusunda hesap vermeme ister.					
6. İhtiyacım olduğu halde eşim bana karşı parayı kısıtlar.					
7. Eşim bir okula veya kursa gitmemi engeller.					
8. Evde önemli kararları eşim verir.					
9. Eşim ona bir şey anlattığımda dinler.					
10. Eşim bana günlük olaylar veya herhangi bir şey açısından bilgi verir.					
11. Eşim hissettiklerini, duygularını benimle paylaşır.					
12. Eşim arkadaşlarımı kıskanır ve onlardan kuşkulandır.					
13. Eşim evde kadın erkek rolünü belirler.					
14. Eşim bana hizmetçi gibi davranır.					
15. Eşim benimle gerekmedikçe muhabbet etmez ve somurtur.					
16. Ailemi görmek istediğimde eşimden izin alırım.					
17. Eşim hasta iken benimle ilgilenir.					
18. Eşim her zaman kendinin haklı olduğunu iddia eder.					
19. Eşim akşam yemeği, ev işi veya çamaşır yıkama gibi işler vaktinde yapılmazsa sinirlenir.					
20. Eşimin duygularına saygısı vardır.					
21. Eşim bana sevgi, şefkat, duygusallık gösterir.					
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
22. Eşim kıskançlık yapar.					
23. Bir yere gideceğim zaman eşimden izin alırım.					

24. Arkadaşlarımı görmek istediğimde eşimden izin alırım.					
25. Eşim dışarıdaki davranışlarıma karışır.					
26. Eşim aileme kaba davranır, küçümser.					
27. Eşim kendisi olmaksızın gerçekten başarılı olamayacağımı ve kendime bakamayacağımı söyler.					
28. Eşime karşı düşüncelerimi rahatlıkla ifade ederim.					
29. Eşim kendini evin sahibi gibi görür.					
30. Eşimin huylarından, tersliğinden korkar, sessiz kalırım.					
31. Bir şey yapacağım zaman eşim ne der kaygısı yaşarım.					
32. Eşim evi veya işyerimi kontrol amaçlı arar.					
33. Eşim arkadaşlarıma kaba davranır, küçümser.					
34. Eşim yanlış bir şey yapmış olsa dahi kendimi “ona haklısın” demek zorunda hissedirim.					
35. Eşim bana küfür eder.					
36. Eşim beni ayrılmakla tehdit eder.					
37. Eşim kızmasın diye istemediğim halde onun istediği şeyleri yaparım.					
38. Eşim bana lakaplar takar.					
39. Eşim bana hakaret eder.					
40. Eşim ters giden olaylardan dolayı beni suçlar.					
41. Eşim beni diğer insanlar önünde küçük düşürür.					
42. Eşim beni yalnız iken aşağılar.					
43. Eşim dışarıya çıkarken nasıl giyinmem gerektiğine karışır.					
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
44. Eşim bana çirkin olduğumu, çekici olmadığımı söyler.					
45. Eşim beni davranışlarımdan dolayı eleştirir.					
46. Eşim bana ev işlerinde yardım eder.					
47. Eşim bana çocuk bakımında yardım eder.					

48.Eşim yaptığım yada söylediğim şeylerden dolayı benimle alay eder.					
49.Eşim bana “ <u>eğer değişirsen, istediğim gibi olursan sana daha iyidavranırım</u> ” der.					
50.Eşimle tartışırken kavganın sonuçlarından korkarım.					
51.Kendimi sinirli gergin hissederim.					
52.Kendimi hapishaneymiş gibi hissederim.					
53.Kendimi yalnız hissederim.					
54.Kendimi hissiz, duygusuz hissederim.					
55.Eşimle tartışırken kızmasından, sinirlenmesinden korkarım.					
56.Eşim beni ev dışına atmak ile tehdit eder.					
57.Eşim beni terk etmekle tehdit eder.					
58.Eşim beni çocukları almakla tehdit eder.					
59.Eşim kadınları küçük görür.					
60.Eşim kadın karşıtı şakalar yapar.					
61.Eşim beni diğer kadınlarla kıyaslar.					
62.Eşim cinsellik konusunda görüşlerime önem verir.					
63.Eşim kavga ettikten sonra cinsel ilişki ister.					
64.Eşimle cinsel ilişkiden zevk alırım.					
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
65.Eşim ben istemediğim halde beni cinsel ilişkiye zorlar.					
66.Eşim ben hastayken, sağlığım elverişli olmadığı halde bana cinsel ilişkide ısrar eder.					
67.Eşim bana bağırır.					
68.Eşim beni itip kakar.					
69.Eşim benimle sudan sebeplerle kavga eder.					
70.Eşim bana tokat atar.					

71.Eşim tartışma anında evdeki eşyalara zarar verir.					
72.Eşim tartışma anında benim için önemli bir şeye (giysilerim gibi) zarar verir.					
73.Eşim beni döver.					
74.Eşim üzerime yürür.					
75.Eşim beni tekmeler.					
76.Eşim beni silah, bıçak gibi bir alet ile tehdit eder.					
77.Eşim bana öldürmek istemiş gibi davranır.					
78.Eşim kollarımı, ayak ve parmaklarımı büker.					
79.Eşim tartışma sırasında kapı, cam kırar.					
80.Eşim bana bir şeyler fırlatır.					
81.Eşim bana sopa vb. bir nesne ile vurur.					
82.Eşim saçımdan tutup çeker, başımı sarsar.					
83.Eşimin şiddet uygulamasından dolayı tedavi gerektirecek bir yaralanma aldım.					
84.Eşim yastık ile başımı kapatıp, nefes almamı zorlaştırır.					
85.Eşim beni hareket edemeyecek hale getirir, sıkıştırır.					
86.Eşim beni gebe iken dövdü.					
87.Eşim beni ısıtır.					

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

- 1= Hiç emin değilim
2= Çok emin değilim
3= Bazen eminim
4= Eminim
5=Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum.	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

Ek 6. KYAIŞBÖ'nin Faktörleri ve Değişkenleri

Faktör 1. Kadının Vücut Bütünlüğüne Zarar Verici Düzeyde Fiziksel Şiddet

Faktör 1'i oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

14. Eşim bana hizmetçi gibi davranır.
26. Eşim aileme kaba davranır, küçümser.
27. Eşim kendisi olmaksızın gerçekten başarılı olamayacağımı ve kendime bakamayacağımı söyler.
35. Eşim bana küfür eder.
49. Eşim bana "eğer değişirsen, istediğim gibi olursan sana daha iyi davranırım" der.
58. Eşim beni çocuklarımı almakla tehdit eder.
67. Eşim bana bağırır.
68. Eşim beni itip kakar.
70. Eşim bana tokat atar.
71. Eşim tartışma anında evdeki eşyalara zarar verir.
72. Eşim tartışma anında benim için önemli bir şeye (giysilerim gibi) zarar verir.
73. Eşim beni döver.
74. Eşim üzerime yürür.
75. Eşim beni tekmeler.
76. Eşim beni silah, bıçak gibi bir alet ile tehdit eder.
77. Eşim bana öldürmek istermiş gibi davranır.
78. Eşim kollarımı, ayak ve parmaklarımı büker.
79. Eşim tartışma sırasında kapı, cam kırar.
80. Eşim bana bir şeyler fırlatır.
81. Eşim bana sopa vb. bir nesne ile vurur.
82. Eşim saçımdan tutup çeker, başımı sarsar.
83. Eşimin şiddet uygulamasından dolayı tedavi gerektirecek bir yaralanma aldım.
84. Eşim yastık ile başımı kapatıp, nefes almamı zorlaştırır.
85. Eşim beni hareket edemeyecek hale getirir, sıkıştırır.

86. Eşim beni gebe iken dövdü.

87. Eşim beni ısırır.

Faktör 2. Kadına Hakaret, Küçümseme ve Duygusal Baskı

Faktör 2'yi oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

15. Eşim benimle gerekmedikçe muhabbet etmez ve somurtur.

39. Eşim bana hakaret eder.

40. Eşim ters giden olaylardan dolayı beni suçlar.

41. Eşim beni diğer insanlar önünde küçük düşürür.

42. Eşim beni yalnız iken aşağılar.

45. Eşim beni davranışlarımdan dolayı eleştirir.

48. Eşim yaptığım ya da söylediğim şeylerden dolayı benimle alay eder.

69. Eşim benimle sudan sebeplerle kavga eder.

Faktör 3. Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet

Faktör 3'ü oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

1. Mülkiyet sahibi olma veya bankada yatırımlarımız eşimin üzerindedir.

2. Eşim harcamalarımı kısıtlar.

3. Eşim para işlerini tekeline alır.

5. Eşim para harcamam konusunda hesap vermeme ister.

6. İhtiyacım olduğu halde eşim bana karşı parayı kısıtlar.

8. Evde önemli kararları eşim verir.

16. Ailemi görmek istediğimde eşimden izin alırım.

23. Bir yere gideceğim zaman eşimden izin alırım.

24. Arkadaşlarımı görmek istediğimde eşimden izin alırım.

Faktör 4. Kadına Yönelik Sosyal Baskı ve İzolasyon(Kısıtlayıcı Davranışlar)

Faktör 4'ü oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

12. Eşim arkadaşlarımı kıskanır ve onlardan kuşkulanır.
22. Eşim kıskançlık yapar.
25. Eşim dışarıdaki davranışlarıma karışır.
32. Eşim evi veya işyerimi kontrol amaçlı arar.
33. Eşim arkadaşlarıma kaba davranır, küçümser.
43. Eşim dışarıya çıkarken nasıl giyinmem gerektiğine karışır.
63. Eşim kavga ettikten sonra cinsel ilişki ister.

Faktör 5. Kadın Cinsiyetini Küçümseme ve Tehdit Edici Davranışlar

Faktör 5'i oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

29. Eşim kendini evin sahibi gibi görür.
36. Eşim beni ayrılmakla tehdit eder.
38. Eşim bana lakaplar takar.
44. Eşim bana çirkin olduğumu, çekici olmadığımı söyler.
56. Eşim beni ev dışına atmak ile tehdit eder.
57. Eşim beni terk etmekle tehdit eder.
59. Eşim kadınları küçük görür.
60. Eşim kadın karşıtı şakalalar yapar.
61. Eşim beni diğer kadınlarla kıyaslar.

Faktör 6. Kadına Yönelik Cinsel Şiddet ve Saygı Gereksinimi

Faktör 6'yı oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

17. Eşim hasta iken benimle ilgilenir.
20. Eşimin duygularıma saygısı vardır.
21. Eşim bana sevgi, şefkat, duygusallık gösterir.
62. Eşim cinsellik konusunda görüşlerime önem verir.

64. Eşimle cinsel ilişkiden zevk alırım.
65. Eşim ben istemediğim halde beni cinsel ilişkiye zorlar.
66. Eşim ben hastayken, sağlığım elverişli olmadığı halde bana cinsel ilişkide ısrar eder.

Faktör 7. Kadının Kendine Yönelik Olumsuz Duygulanımı

Faktör 7'yi oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

51. Kendimi sinirli gergin hissederim.
52. Kendimi hapishanedeymiş gibi hissederim.
53. Kendimi yalnız hissederim.
54. Kendimi hissiz, duygusuz hissederim.

Faktör 8. Eşe Yönelik Kaygılar ve Korkular

Faktör 8'i oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

28. Eşıme karşı düşüncelerimi rahatlıkla ifade ederim.
30. Eşimin huylarından, tersliğinden korkar, sessiz kalırım.
31. Bir şey yapacağım zaman eşim ne der kaygısı yaşarım.
34. Eşim yanlış bir şey yapmış olsa dahi kendimi "ona haklısın" demek zorunda hissederim.
37. Eşim kızmasın diye istemediğim halde onun istediği şeyleri yaparım.
50. Eşimle tartışırken kavganın sonuçlarından korkarım.
55. Eşimle tartışirken kızmasından, sinirlenmesinden korkarım.

Faktör 9. Kadına Evlilikte Erkek Ayrıcalığını Kullanma ve Paylaşsızlık

Faktör 9'u oluşturan başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

4. Eşim bir işe girmemi çalışmamı istemez ve çocuklara bakmam için evde kalmamı ister.
7. Eşim bir okula veya kursa gitmemi engeller.
9. Eşim ona bir şey anlattığımda dinler.
10. Eşim bana günlük olaylar veya herhangi bir şey açısından bilgi verir.
11. Eşim hissettiklerini, duygularını benimle paylaşır.

13. Eşim evde kadın erkek rolünü belirler.
18. Eşim her zaman kendinin haklı olduğunu iddia eder.
19. Eşim akşam yemeği, ev işi veya çamaşır yıkama gibi işler vaktinde yapılmazsa sinirlenir.
46. Eşim bana ev işlerinde yardım eder.
47. Eşim bana çocuk bakımında yardım eder.



Ek 7. KYAİŞBÖ’ndeki Tüm Faktörleri Oluşturan Alt Başlıklar ve Gebelerin Bu Alt Başlıktan Aldıkları Standardize Puan Ortalamalarının Dağılımı

Faktör 1. Kadının Vücut Bütünlüğüne Zarar Verici Düzeyde Fiziksel Şiddet	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X}\pm Ss$
27. Eşim kendisi olmaksızın gerçekten başarılı olamayacağımı ve kendime bakamayacağımı söyler.	78.8	5.1	1.2	0.4	14.5	1.66±1.42
35. Eşim bana küfür eder.	82.7	6.7	3.5	1.6	5.5	1.40±1.03
67. Eşim bana bağırır.	87.5	5.5	2.7	1.6	2.7	1.26±0.82
49. Eşim bana “eğer değişirsen, istediğim gibi olursan sana daha iyi davranırım” der.	91.8	1.6	1.2	0.4	5.1	1.25±0.92
68. Eşim beni itip kakar.	94.5	1.2	0.8	1.2	2.4	1.15±0.70
74. Eşim üzerime yürür.	93.3	3.1	0.8	0.0	2.7	1.15±0.69
71. Eşim tartışma anında evdeki eşyalara zarar verir.	93.7	2.4	1.2	0.4	2.4	1.15±0.67
14. Eşim bana hizmetçi gibi davranır.	94.9	1.6	1.2	0.0	2.4	1.13±0.65
70. Eşim bana tokat atar.	95.3	1.2	1.2	0.0	2.4	1.12±0.64
86. Eşim beni gebe iken dövdü.	96.1	1.6	0.0	0.0	2.4	1.10±0.61
72. Eşim tartışma anında benim için önemli bir şeye (giysilerim gibi) zarar verir.	96.1	1.2	0.4	0.4	2.0	1.10±0.60
73. Eşim beni döver.	95.7	2.0	0.4	0.0	2.4	1.10±0.58
26. Eşim aileme kaba davranır, küçümser.	96.1	2.0	0.0	0.0	2.0	1.09±0.57
58. Eşim beni çocuklarımı almakla tehdit eder.	96.5	2.0	0.0	0.0	1.6	1.08±0.51
82. Eşim saçımdan tutup çeker, başımı sarsar.	97.6	0.8	0.0	0.0	1.6	1.07±0.50
85. Eşim beni hareket edemeyecek hale getirir, sıkıştırır.	97.3	0.8	0.4	0.4	1.2	1.07±0.49
80. Eşim bana bir şeyler fırlatır.	96.9	1.6	0.0	0.4	1.2	1.07±0.48

Faktör 1. Kadının Vücut Bütünlüğüne Zarar Verici Düzeyde Fiziksel Şiddet	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
81. Eşim bana sopa vb. bir nesne ile vurur.	97.3	1.2	0.4	0.0	1.2	1.06±0.46
75. Eşim beni tekmeler.	96.9	2.0	0.0	0.0	1.2	1.06±0.45
79. Eşim tartışma sırasında kapı, cam kırar.	96.9	2.0	0.0	0.0	1.2	1.06±0.45
77. Eşim bana öldürmek istemiş gibi davranır.	97.6	0.8	0.4	0.0	1.2	1.06±0.45
78. Eşim kollarımı, ayak ve parmaklarımı bükür.	98.0	0.8	0.0	0.0	1.2	1.05±0.44
87. Eşim beni ısırır.	98.4	0.8	0.0	0.0	0.8	1.03±0.36
84. Eşim yastık ile başımı kapatıp, nefes almamı zorlaştırır.	98.4	0.8	0.0	0.0	0.8	1.03±0.36
76. Eşim beni silah, bıçak gibi bir alet ile tehdit eder.	99.2	0.0	0.0	0.0	0.8	1.03±0.35
83. Eşimin şiddet uygulamasından dolayı tedavi gerektirecek bir yaralanma aldım.	99.6	0.0	0.0	0.0	0.4	1.01±0.25

Faktör 2. Kadına Hakaret, Küçümseme ve Duygusal Baskı	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
15. Eşim benimle gerekmedikçe muhabbet etmez ve somurtur.	78.8	9.0	3.9	0.4	7.8	1.49±1.13
45. Eşim beni davranışlarımdan dolayı eleştirir.	81.2	5.5	6.3	1.2	5.9	1.45±1.07
42. Eşim beni yalnız iken aşağılar.	84.7	4.3	2.7	1.6	6.7	1.41±1.09
40. Eşim ters giden olaylardan dolayı beni suçlar.	87.5	3.9	3.1	0.0	5.5	1.32±0.97
69. Eşim benimle sudan sebeplerle kavga eder.	89.8	3.9	2.7	0.4	3.1	1.23±0.79
41. Eşim beni diğer insanlar önünde küçük düşürür.	91.0	2.7	2.4	0.4	3.5	1.22±0.82
39. Eşim bana hakaret eder.	91.4	2.7	2.4	0.0	3.5	1.21±0.80
48. Eşim yaptığım ya da söylediğim şeylerden dolayı benimle alay eder.	91.8	3.5	1.6	0.0	3.1	1.19±0.75

Faktör 3. Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
23. Bir yere gideceğim zaman eşimden izin alırım.	6.3	5.5	2.0	0.0	86.3	4.54±1.17
24. Arkadaşlarımı görmek istediğimde eşimden izin alırım.	12.5	3.5	2.0	0.0	82.0	4.35±1.41
1. Mülkiyet sahibi olma veya bankada yatırımlarımız eşimin üzerindedir.	26.3	2.7	1.2	0.4	69.4	3.83±1.77
8. Evde önemli kararları eşim verir.	15.7	20.8	5.5	0.8	57.3	3.63±1.65
16. Ailemi görmek istediğimde eşimden izin alırım.	25.9	11.8	2.7	0.8	58.8	3.54±1.79
3. Eşim para işlerini tekeline alır.	57.3	7.8	2.4	1.2	31.4	2.41±1.81
5. Eşim para harcamam konusunda hesap vermeme ister.	80.0	7.1	2.4	0.4	10.2	1.53±1.24
2. Eşim harcamalarımı kısıtlar.	81.2	5.5	2.7	1.6	9.0	1.51±1.21
6. İhtiyacım olduğu halde eşim bana karşı parayı kısıtlar.	89.4	3.1	1.2	0.4	5.9	1.30±0.98

Faktör 4. Kadına Yönelik Sosyal Baskı ve İzolasyon (Kısıtlayıcı Davranışlar)	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
22. Eşim kıskançlık yapar.	20.4	6.7	7.1	2.4	63.5	3.81±1.66
43. Eşim dışarıya çıkarken nasıl giyinmem gerektiğine karışır.	48.2	10.6	5.1	0.8	35.3	2.64±1.82
63. Eşim kavga ettikten sonra cinsel ilişki ister.	68.2	9.0	3.9	2.4	16.5	1.89±1.51
12. Eşim arkadaşlarımı kıskanır ve onlardan kuşkulanır.	67.1	15.7	0.8	2.0	14.5	1.81±1.42
25. Eşim dışarıdaki davranışlarıma karışır.	76.1	7.5	1.6	1.2	13.7	1.69±1.40
32. Eşim evi veya işyerimi kontrol amaçlı arar.	83.9	4.7	1.2	0.4	9.8	1.47±1.21
33. Eşim arkadaşlarıma kaba davranır, küçümser.	96.1	2.4	0.0	0.0	1.6	1.08±0.51

Faktör 5. Kadın Cinsiyetini Küçümseme ve Tehdit Edici Davranışlar	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
29. Eşim kendini evin sahibi gibi görür.	45.1	2.0	2.0	0.8	50.2	3.09±1.96
61. Eşim beni diğer kadınlarla kıyaslar.	92.5	1.2	1.2	0.0	5.1	1.23±0.90
38. Eşim bana lakaplar takar.	92.9	2.4	1.6	0.8	2.4	1.17±0.71
60. Eşim kadın karşıtı şakalar yapar.	95.3	1.6	0.8	0.0	2.4	1.12±0.64
44. Eşim bana çirkin olduğumu, çekici olmadığımı söyler.	94.9	2.0	0.8	0.0	2.4	1.12±0.64
57. Eşim beni terk etmekle tehdit eder.	96.1	0.8	0.8	0.0	2.4	1.11±0.63
36. Eşim beni ayrılmakla tehdit eder.	95.3	1.6	1.2	0.0	2.0	1.11±0.60
59. Eşim kadınları küçük görür.	96.9	0.0	0.8	0.0	2.4	1.10±0.63
56. Eşim beni ev dışına atmak ile tehdit eder.	97.3	0.0	1.2	0.0	1.6	1.08±0.54

Faktör 6. Kadına Yönelik Cinsel Şiddet ve Saygı Gereksinimi	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
64. *Eşimle cinsel ilişkiden zevk alırım.	5.5	5.1	6.3	0.8	82.4	1.50±1.15
62. *Eşim cinsellik konusunda görüşlerime önem verir.	7.5	2.4	2.0	0.4	87.8	1.41±1.14
20. *Eşimin duygularıma saygısı vardır.	5.9	2.4	2.7	0.8	88.2	1.36±1.06
21. *Eşim bana sevgi, şefkat, duygusallık gösterir.	4.7	3.5	3.5	0.4	87.8	1.36±1.04
17. *Eşim hasta iken benimle ilgilenir.	4.7	2.7	1.6	1.6	89.4	1.31±0.99
65. Eşim ben istemediğim halde beni cinsel ilişkiye zorlar.	93.7	2.4	0.8	0.8	2.4	1.15±0.69
66. Eşim ben hastayken, sağlığım elverişli olmadığı halde bana cinsel ilişkide ısrar eder.	95.3	2.0	0.8	0.4	1.6	1.10±0.57

*reverse önermeler

Faktör 7. Kadının Kendine Yönelik Olumsuz Duygulanımı	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
51. Kendimi sınırlı gergin hissederim.	44.7	19.2	8.2	2.7	25.1	2.44±1.64
53. Kendimi yalnız hissederim.	58.8	17.3	2.7	2.0	19.2	2.05±1.55
54. Kendimi hissiz, duygusuz hissederim.	64.7	16.1	2.0	1.6	15.7	1.87±1.46
52. Kendimi hapishanedeymiş gibi hissederim.	87.8	1.6	0.8	0.0	9.8	1.42±1.20

Faktör 8. Eşe Yönelik Kaygılar ve Korkular	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X} \pm Ss$
31. Bir şey yapacağım zaman eşim ne der kaygısı yaşarım.	48.2	16.1	9.4	3.5	22.7	2.36±1.62
30. Eşimin huylarından, tersliğinden korkar, sessiz kalırım.	46.7	19.6	8.6	2.4	22.7	2.34±1.60
50. Eşimle tartışırken kavganın sonuçlarından korkarım.	60.8	11.0	5.9	0.8	21.6	2.11±1.62
55. Eşimle tartışırken kızmasından, sinirlenmesinden korkarım.	60.0	12.9	4.7	2.0	20.4	2.09±1.60
34. Eşim yanlış bir şey yapmış olsa dahi kendimi ‘‘ona haklısın’’ demek zorunda hissederim.	59.2	15.3	6.7	2.7	16.1	2.01±1.49
37. Eşim kızmasın diye istemediğim halde onun istediği şeyleri yaparım.	77.3	7.8	4.3	1.2	9.4	1.57±1.23
28. *Eşime karşı düşüncelerimi rahatlıkla ifade ederim.	7.1	1.6	1.6	1.2	88.6	1.37±1.10

*reverse önerme

Faktör 9.Kadına Evlilikte Erkek Ayrıcalığını Kullanma ve Paylaşsımsızlık	Asla %	Nadiren %	Ara Sıra %	Sık Sık %	Her zaman %	$\bar{X}\pm Ss$
18. Eşim her zaman kendinin haklı olduğunu iddia eder.	29.4	9.0	3.9	1.2	56.5	3.46±1.82
4. Eşim bir işe girmemi çalışmamı istemez ve çocuklara bakmam için evde kalmamı ister.	40.0	0.8	0.4	0.8	58.0	3.36±1.95
47. *Eşim bana çocuk bakımında yardım eder.	18.4	28.6	6.3	0.8	45.9	2.72±1.67
46. *Eşim bana ev işlerinde yardım eder.	20.8	22.4	7.8	1.6	47.5	2.67±1.69
19. Eşim akşam yemeği, ev işi veya çamaşır yıkama gibi işler vaktinde yapılmazsa sinirlenir.	56.5	10.6	3.9	1.6	27.5	2.32±1.74
13. Eşim evde kadın erkek rolünü belirler.	63.9	11.0	2.7	0.8	21.6	2.05±1.62
7. Eşim bir okula veya kursa gitmemi engeller.	77.6	1.6	0.0	0.0	20.8	1.84±1.62
10. *Eşim bana günlük olaylar veya herhangi bir şey açısından bilgi verir.	8.6	7.5	8.2	1.2	74.5	1.74±1.35
11. *Eşim hissettiklerini, duygularını benimle paylaşır.	10.2	7.1	4.7	2.0	76.1	1.73±1.39
9. *Eşim ona bir şey anlattığımda dinler.	4.3	7.1	2.7	0.8	85.1	1.44±1.11



*reverse önermeler

Ek 8. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, gebelikte aile içi şiddetin kortizol hormon salınımına, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve emzirme durumuna olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Ek 9. Araştırmanın Danışmanlık Hizmet İçeriği

<p>KADINA YÖNELİK ŞİDDETE HAYIR!!!</p> 	<p>BAŞVURABİLECEĞİNİZ KURULUŞLAR:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ ALO 183❖ AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜKLERİ❖ ŞÖNİM (ŞİDDETI ÖNLEME VE İZLEME MERKEZİ)❖ ALO 155 POLİS İMDAT❖ ALO 156 JANDARMA İMDAT❖ SAĞLIK KURULUŞLARI❖ POLİS MERKEZLERİ, JANDARMA KARAKOLLARI❖ CUMHURİYET SAVCILIĞI❖ BELEDİYELERİN KADIN DANIŞMA MERKEZLERİ❖ BAROLARIN KADIN DAYANIŞMA MERKEZLERİ 	<p><u>KADINA YÖNELİK ŞİDDETE MÜCADELE KONUSUNDAKİ YASALAR</u></p> <p><u>Türk Medeni Kanunu'nda</u> evlenme yaşı, resmi nikah önceliği ve mal paylaşımına ilişkin kanun maddeleri ile kadının çalışmak için eşinden izin almasının gerekmemesi yer almaktadır.</p> <p><u>Türk Ceza Kanunu'nda</u> birden fazla evlilik yapmanın suç olduğu ve kadının eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlanamayacağına ilişkin hükümler yer almaktadır.</p> <p><u>6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun</u> da tüm şiddet mağdurlarının korunması hedeflenmiştir. Yalnızca şiddete uğrayanlar değil, aynı zamanda şiddete uğrama tehlikesi bulunan kişiler de korunmaktadır.</p>
<p>KADINA YÖNELİK ŞİDDET NEDİR?</p> <p>Kadına yönelik şiddet; "cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen, kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik, herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel veya kamu yaşamında gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesi" şeklinde tanımlanmaktadır.</p>	<p><u>Şiddet türleri beş grupta incelenmektedir. Bunlar:</u></p> <p><u>a. Fiziksel Şiddet:</u> Kaba kuvvetin korkutma, sindirme veya ceza aracı olarak kullanılmasıdır.</p> <p><u>b. Cinsel Şiddet:</u> Cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır.</p> <p><u>c. Ekonomik Şiddet:</u> Sahip olunan ekonomik kaynakların veya paranın, kişi üzerinde, tehdit veya yaptırım aracı olarak istikrarlı bir şekilde kullanılmasıdır, ya da paranın kullanımı konusunda söz sahibi olamamasıdır.</p> <p><u>d. Sözel Şiddet:</u> Kullanılan söz ve takınılan davranışların, düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır.</p> <p><u>e. Psikolojik Şiddet:</u> Duyguların ve duygusal ihtiyaçların, karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır .</p>	<p><u>ŞİDDETE MARUZ KALDIĞINIZDA YAPMANIZ GEREKENLER?</u></p> <ul style="list-style-type: none">•Şiddet yaşandığında ilk etapta polise veya bulunduğunuz yer jandarma bölgesinde ise jandarmaya başvurup olayla ilgili tutanak tutturun.•Ancak tıbbi müdahaleye acil ihtiyaç duyarsanız doğrudan bir sağlık kuruluşuna gidin ve şiddet gördüğünüzü dile getirin.•Polis tarafından tutanak hazırlanırken yaşadığınız olayı ayrıntılı bir şekilde anlatın ve tutanağı okumadan asla imzalamayın.•Şahsen başvurunun yanı sıra, telefon ile de şikayette bulunabilirsiniz.•Şiddete tanık olan kişiler de komşu veya akrabalar da şikayette bulunabilirler.•Avukatınız yoksa barodan bir avukat atanmasını isteyebilirsiniz.•Karakol yerine bir dilekçe ile doğrudan Cumhuriyet Savcılığı'na başvurmak da mümkündür.•Şiddet uygulayan kişi eşiniz veya başka bir aile ferdiyse, evden uzaklaştırılması için 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un uygulanmasıyla ilgili bir dilekçe ile Aile Mahkemesi'ne başvurabilirsiniz.

- Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı,
<http://www.kucukcekmece.bel.tr/Content/dosya/1949/aileicisiddetlemucadelekitabi-62616-4141879.pdf>



STRESİ AZALTMADA GEVŞEME EGZERSİZLERİNİ DENEYİN !

“Öfke duygusu, vücudumuzun yaşanan olumsuz duruma karşı verdiği bir tepkidir.”

ÖFKELENDİĞİMİZ ZAMAN VÜCUDUMUZDA MEYDANA GELEN FİZİKSEL DEĞİŞİKLİKLER ŞUNLARDIR:

- Titreme
- Hızlı soluk alıp verme
- Kalp ritminde hızlanma
- Avuç içinde terleme
- Baş dönmesi
- Mide bulantısı
- Kusma
- Karın ağrısı
- Terleme
- Yeterli nefes alamama boğulma hissi
- Söylenenleri anlamama, duymama
- Kas gerginliği
- Deri soğuması
- Göz bebeklerinde büyüme
- Vücut ısısında artış
- Adrenalin salgısının artması

“Öfkelendiğimiz zaman yaşanan fiziksel değişiklikler hastalık değildir. Bunlar sadece hoş olmayan, rahatsız edici belirtilerdir ancak hepsi geçicidir. Öfkemiz dindiğinde bu belirtiler ortadan kaybolur.”

Şu 3 teknik stresi azaltmanıza yardımcı olacaktır:

1.Nefes Alma: Derin bir nefes alıp yaklaşık 6 saniye içinde yavaş yavaş vermek gerginliği azaltacaktır. Bunu saat başına 3 kez ve kendinizi gergin hissettiğiniz zaman uygulamalısınız.

2.Egzersiz: 10 dakikalık bir yürüyüş gerginliğini alır, enerjinizi ve moralinizi yükseltir. Etkisi 1-2 saat kadar sürer.

3.Sakinleşme: Olabildiğince rahat bir pozisyonda sessizce oturun, gözlerinizi kapayın. Ayaklarınızdan başlayıp, kafa ve yüzünüze kadar uzanan bir hatta kaslarınızı gevşetin. Burnunuzdan, kolayca ve rahatça nefes alın. Nefes verirken sessizce tek heceli bir kelime söyleyin. Bunu aralıksız dakika boyunca uygulayın. Bittikten sonra sessizce oturun ve gözlerinizi birkaç dakika kapalı tutun. Gözlerinizi açın ve kalkıp gitmeden önce birkaç dakika daha sessizce oturun.

“Nefes alıp verme yaşamsal bir ihtiyaçtır”.

Hepimiz nefes alıp veririz, ancak çok azımız ilkel insanın ya da bebeğin doğal nefes alıp verme alışkanlığını koruyabiliriz. Doğal ve uygun nefes alıp verme, Öfke anındaki gerginlik durumunun giderilmesinde son derece etkili olabilir.”

İYİ BİR NEFESİN ÖZELLİKLERİ

- İyi bir nefes burundan alınır ve ağızdan verilir.
- İyi bir nefes ağızdan boşaltılırken sanki bir pipetten suya üfler gibi ya da muma üfler gibi boşaltılır.
- İyi bir nefes almak için öncelikle nefesi iyi boşaltmalıyız.
- İyi bir nefes yavaş yavaş alınır ve yavaş yavaş verilir.
- İyi bir nefes önce ciğerlerimize değil; önce diyaframa doldurulur.

Nefes alırken ve verirken kendimizi zorlamadan alınıp verilir.

Bu tür nefes egzersizleri öfke durumlarında kullanıldığı zaman bireylerin öfkelerini ve kendilerini kontrol etmekte faydalı olduğu görülmüştür.

- İş yerinde Fiziksel Aktivite, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/t32.pdf>
- Gevşeme Egzersizleri <http://slideplayer.biz.tr/slide/3187891/>

- Bahçeli A.(2014). *Progresif gevşeme egzersizlerinin lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların anksiyete ağrı ve uyku kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.



Ek 10. Ölçek Kullanım izinleri



Emre YANIKKEREM <emrenurse@hotmail.com>

Alıcı: ben ▾

tezinizde geliştirmiş olduğum ölçeği kullanabilirsiniz ekte gönderiyorum iyi çalışmalar sevgiler

Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

Gönderen: Sezer AVCI <sezer.avci@hku.edu.tr>

Gönderildi: 23 Kasım 2016 Çarşamba 11:45

Kime: emrenurse@hotmail.com

Konu: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği Hk.

☞ 25 Kas 2016 11:34



merlinda alus <merlinda_alus@yahoo.com>

Alıcı: ben ▾

☞ 30 Mar 2017 Per 09:30


Sevgili Sezer

Ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçeğin kullanım şekline ilişkin kısa bilgi ve ölçek maddeleri ektedir. Çalışmanız da başarılar dilerim
Sevgiler

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

2:32*30e' AM 30 Mar 2017 Per tarihinde, Sezer AVCI
<sezer.avci@hku.edu.tr> şunu yazdı:

Ek 11. İntihal Raporu

	<h1>LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU</h1>
---	---

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 135 sayfalık kısmına ilişkin, 27/03/2019 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 28'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 27/03/2019

Adı Soyadı: Sezer AVCI

Öğrenci No: 154115006

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı


Programı: Tezli Doktora Programı

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.


Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ

Ek 12. Kısa Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Adı Soyadı: Sezer AVCI
2. Doğum Tarihi: 18.04.1983
3. Ünvanı: Öğretim Görevlisi
4. Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans Mezunu
5. e-posta:sezer.avci@hku.edu.tr - melih_2744@hotmail.com
6. Telefon numarası: 05068560446
7. Adres: Atatürk Mahallesi 1069. Sokak Değirmenci Apt. Kat:1 Daire:2 Şhitkamil/Gaziantep

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2003-2007
Y. Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği ABD	Ankara Üniversitesi	2008-2011

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı:

Başlık: Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Yatmayan Annelerin Riskli Gebelik ve Doğum Öncesi Bakımı Yönünden Karşılaştırılması

Danışman:Prof.Dr.Meltem ÇÖL

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel Sani Konukoğlu Hastanesi Pediatri Servisi, Gaziantep	2007 Haziran- Eylül
Hemşire	Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Ankara	2008-2015
Öğretim Görevliliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevliliği, Gaziantep	2015- Halen
Ölçme ve Değerlendirme Koordinatörü	Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	28.01.2019 Halen

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler :

1. Türk Hemşireler Derneği 2015- Halen
2. Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği 2014 - Halen
3. Geriatri Hemşireliği Derneği 2015 – Halen

Ödüller :

- **Seçkin Bildiri Ödülü-** Güler S., Dirgar E., Tatlıbadem B., **Avcı S.**, Yiğit F., Tilki T., Doğan E., Yoğun Bakım Sağlık Çalışanlarının Uykusuzluğunu Etkileyen Faktörlerin ve Uykusuzluk Şiddetinin Belirlenmesi,3.Ulusal Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri 5-7 Nisan 2018, Gaziantep
- **Sözel Sunum Birincilik Ödülü-** **Avcı S.**, Ortabağ., T. Gebelikte Aile İçi Şiddetin Belirlenmesi, Zeugma Sağlık Araştırmaları-Bilim Şenliği Sempozyumu, Sözel Bildiri 23 Ekim 2018, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep

Yayımlar:

- **Avcı, S.,**Col, M., Yavuz, Y., &Yılmaz, E. A. (2016). Prediction by maternal risk factors and prenatal care of neonatal intensive care of neonatal intensive care admission in a University Hospital, Turkey, a case control study. *Medical Science and Discovery*. 3(9):325-33.
- **Avcı S.,**Tatlıbadem B., Dirgar E., Güler S., Ortabağ T. Adölesanların Cep Telefonu Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, 23- 26 Nisan 2018, Ankara
- Dirgar E., Tatlıbadem B., **Avcı S.**, Güler S. The Effect Of Robotic Chemotherapy Units On Nursing Practices, 1 st International Congress on Cancer and İon Channels, 21-23 September, Poster Bildiri, 2017,Ş.URFA
- **Avcı S.,** Tatlıbadem B., Güler S., Ortabağ T., Karakulak G., Karataş B. ‘‘Assessing the Risky Health Behaviors and Health Promotion Behaviors of Adolescents’’1 st International Congress on Cancer and İon Channels, 21-23 September, Sözel Bildiri, 2017,Ş.URFA
- Güler S., **Avcı S.,**Ortabağ T., Karakaş D.S., Ketenciler P.A. The Determination of Attitudes and Traditional Applications Which Mothers Having 0-12 Months Babies Use in Infant Care / 5th National And 2nd International Mediterranean Pediatric Nursing Congress, Oral Presentation, November 15-18, 2015/ Ankara

- Güler S., Yava A., **Avcı S.**, Ketenciler P.A., Determination of the Knowledge Level and Attitude of Mothers on Vaccines of Their Children / 5th National And 2nd International Mediterranean Pediatric Nursing Congress, Oral Presentation, November 15-18, 2015/ Ankara
- **Avcı M.S.**, Çöl M., Genç Y., Yılmaz A.E., Gülümser Ç. Comparison of Prenatal Care and Pregnancy Related Maternal Risk Factors Between Women Whose Babies are Admitted or not Admitted to Neonatal Intensive Care Unit / 4th International Congress of UENPS, December 11-14 2014/ Athens (Greece)
- Tonguz N.R., **Avcı S.** (2018). Düğüne değil okula: Bir hemşire bir kadını, bir kadın bir nesili kurtarabilir, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)*, 1(1); 584-585, İstanbul
- Kılınç S., Çiçek B., **Avcı S.** (2018). İnfertil çiftlerin yaşadığı sorunlarla baş etmede aile desteğinin önemi, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)*, 1(1); 590-591, İstanbul
- Güler S., **Avcı S.**, Yiğit F., Ortağ T. ‘‘0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Uygulamalar ve Tutumlarının Belirlenmesi’’ *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2018; 4(1), 35-50.
- **Avcı S.**, Tatlıbadem B., Güler S., Dirgar E., Yiğit F., Alagöz N., Tümbaş Z., Yuvarlak Y. Yeni Doğum Yapmış Annelerin Gebelik Sürecindeki Doğum Endişelerinin Belirlenmesi, 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 4- 6 Nisan 2018, Çanakkale
- Güler S., Tatlıbadem B., Dirgar E., **Avcı S.**, Çiğdem Z., Taygav R., Polat Z. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, 3.Ulusal Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri 5-7 Nisan 2018, Gaziantep
- Güler S., Dirgar E., Tatlıbadem B., **Avcı S.**, Yiğit F., Tilki T., Doğan E. Yoğun Bakım Sağlık Çalışanlarının Uykusuzluğunu Etkileyen Faktörlerin ve Uykusuzluk Şiddetinin Belirlenmesi, 3.Ulusal Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri 5-7 Nisan 2018, Gaziantep
- Dirgar E., Güler S., Tatlıbadem B., **Avcı S.**, Ortağ T., Havlioğlu S., Mamuk A., Demir İ. Bir Üniversite Hastanesindeki Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Kaygılarının Değerlendirilmesi, 3.Ulusal Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri, 5-7 Nisan 2018, Gaziantep
- **Avcı S.**, Tatlıbadem B., Dirgar E., Güler S., Köçkar Ç., Kılınç S., Çiçek B., Tonguz R., Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Algıların ve Mesleki Tükenmişlik

Durumlarının Belirlenmesi, 3.Ulusal Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri, 5-7 Nisan 2018, Gaziantep

- Güler S., **Avcı S.**, Akkurt H., Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Sözel Bildiri, 05-06 Kasım 2016.
- Doğan M., **Avcı S.** Genç Kuşak Hemşire Adaylarının Nasıl Bir Ortamda Çalışmayı İstedikleri Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri, 16.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 26-28 Nisan 2017, İstanbul
- **Avcı M.S.**, Çöl M., Genç Y., Yılmaz A.E. Bir Üniversitesi Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Üzerine Etkili Faktörler, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 02-06 Ekim 2012, Bursa
- Güler S., **Avcı S.**, Yiğit F. (2019). Doğum öncesi bakım ve fetal sağlığın değerlendirilmesi. Arslan H.(Ed). *Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 171-258.