

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK EĞİTİMİ ALAN ÜNİVERSİTELİ KIZ**  
**ÖĞRENCİLERDE KİŞİLER ARASI ŞİDDETİN SAĞLIK**  
**ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Onur SOYLU**

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KARS 2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK EĞİTİMİ ALAN ÜNİVERSİTELİ KIZ**  
**ÖĞRENCİLERDE KİŞİLER ARASI ŞİDDETİN SAĞLIK**  
**ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Onur SOYLU**

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KARS 2019**

## TEZ ONAY SAYFASI

T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde **Onur SOYLU** tarafından hazırlanmış olan “Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişilerarası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi” adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy **kararı** ile **kararı** edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 06/05/2019

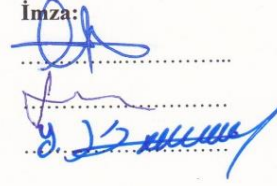
**Adı Soyadı:**

**Başkan:** Doç Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY

**İmza:**



Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... gün ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Çalışma, sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını etkileyen faktörleri ve kişilerarası şiddetin sağlık üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlandı. Öncelikli olarak sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddete maruz kalma sıklığını, sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile şiddete maruz kalma puanları arasında ilişkinin olup olmadığını, şiddete maruz kalmanın kız öğrencilerin sağlığı (genel sağlık ve yaşam kalitesi) üzerine etkisinin olup olmadığını açıklamayı hedeflemektedir.

Çalışma boyunca bana yol gösteren ve desteğini hiç esirgemeyen kıymetli hocam Dr.Öğr.Üyesi Fadime KAYA'ya, anket uygulamalarında yardımcı olan Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesindeki akademisyenler ile bu süreçte bana manevi desteklerini eksik etmeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

<b>TEZ ONAY SAYFASI.....</b>	<b>I</b>
<b>ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....</b>	<b>II</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>III</b>
<b>SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>VI</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>IX</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>X</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>XI</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Saldırganlık ve Şiddet Tanımı.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Şiddetin Sınıflandırması.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3. Şiddet ve Saldırganlığın Etyolojisi.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4. Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi.....</b>	<b>16</b>
<b>2.5. Şiddeti Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....</b>	<b>20</b>
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Araştırmanın Tipi.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Araştırmanın Değişkenleri.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2.1. Bağımsız Değişkenler.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2.2. Bağımlı Değişkenler.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. Araştırma Soruları.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....</b>	<b>26</b>
<b>3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....</b>	<b>26</b>

3.6. Örneklem Seçim Kriterleri.....	27
3.7. Veri Toplama Araçları .....	27
3.8. Veri Toplama Süreci.....	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	32
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	32
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>33</b>
4.1. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	34
4.2. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı, SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular.....	38
4.3. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular .....	40
4.4. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular ....	46
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
5.1. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddet Deneyimleri, Şiddete Maruz Kalma Sıklığı, SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	48
5.2. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	52
5.3. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	59
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
6.1. Sonuçlar .....	63

6.2. Öneriler .....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	76
9. ÖZGEÇMİŞ .....	92



**SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**ACAPN** : The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses (Çocuk ve Ergen Psikiyatri Hemşireliği Derneği)

**COMPT** : Katekol o Metiltransferaz

**DAT1** : Nöronal Dopamin Taşıyıcısı

**DRD2** : Dopamin Reseptörü D2

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**FRA** : European Union Agency For Fundamental Rights (Avrupa Birliği Temel Haklar Ajansı)

**GSA** : Genel Sağlık Anketi

**HIV** : Human İmmunodeficiency Virüs (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

**ISPN** : International Society of Psychiatric Mental Health Nurses (Uluslararası Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Birliği)

**KMO** : Kaiser Meyer Olkin

**KPSS** : Kamu Personeli Seçme Sınavı

**MAO-A** : Monoamine oxidase A

**MEB** : Milli Eğitim Bakanlığı

**RAND** : Research and Development (Araştırma ve Geliştirme)

**SF-36** : Short Form-36 (Kısa Form-36)

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

**ŞMA** : Şiddete Maruz Kalma Anketi

**GSA-12** : Genel Sağlık Anketi-12



**TBMM** : Türkiye Büyük Millet Meclisi

**TDK** : Türk Dil Kurumu



**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 2. 2. 1.** Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Tipolojisi .....6



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2. 4. 1.</b> Şiddetin Davranışsal ve Sağlıkla İlgili Sonuçları.....	19
<b>Tablo 3. 5. 1.</b> Fakülte ve Yüksek Okullara Göre Üniversite Okuyan Kız Öğrencilerin Örneklemeye Girme Oranı.....	27
<b>Tablo 3. 7. 1.</b> SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri .....	30
<b>Tablo 3. 9. 1.</b> İstatistiksel Yöntemler .....	31
<b>Tablo 4. 1. 1.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=972) .....	34
<b>Tablo 4. 1. 2.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=972) .....	37
<b>Tablo 4. 2. 1.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ile İlgili Bulgular .....	38
<b>Tablo 4. 2. 2.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular .....	39
<b>Tablo 4. 3. 1.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular .....	40
<b>Tablo 4. 3. 2.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bir Sorunla Karşılaştığında / Öfkelenildiğinde Ne Yaptığı ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	43
<b>Tablo 4. 3. 3.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yaptığına İlişkin Özellikler ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	44
<b>Tablo 4. 3. 4.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular .....	45
<b>Tablo 4. 4. 1.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin ŞMA Puanları ile SF-36 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular .....	46
<b>Tablo 4. 4. 2.</b> Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin ŞMA Puanları İle GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular .....	46

## ÖZET

### **Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi**

Bu çalışma, sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını ve sağlık üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmanın evrenini; Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan 1723 kız öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemi; 1723 kız öğrenciden n evren eleman sayısı biliniyorsa formülü kullanılarak minimum 659 kız öğrencinin oluşturduğu belirlendi. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA), Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12), Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ile toplandı. Verilerin analizinde Şiddete Maruz Kalma Anketi'nin standardize edilmesinde Açımlayıcı Faktör Analizi, Cronbach-Alpha Korelasyon Analizi ve Madde Toplam Puan Korelasyon tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, yüzdelik), fark ve ilişki testleri (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Testi, Spearman Rho Korelasyon Analizi) kullanıldı. Yaş ortalamasının  $20.63 \pm 0.067$  olduğu, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşı, okuduğu bölüm, sınıf düzeyi, sürekli yaşanılan yer, sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları, ağrı yaşama durumu, bir sorunla karşılaştığında başetme biçimi ve şiddete maruz kaldıktan sonraki tepkileri, ailede iletişim ve ilişkiler ve ailede psikiyatrik tedavi alma durumu, şiddetin türü ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Canlılık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık arasında (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) ve Fiziksel Rol Kısıtlılığı arasında (negatif yönde zayıf düzeyde) anlamlı bir ilişki olduğu, distressi olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Kişiler arası şiddet, üniversiteli kız öğrenciler, sağlık, psikiyatri hemşireliği

## SUMMARY

### **Influence of Interpersonal Violence on Health in Undergraduate Female Students Receiving Health Education**

This study was performed to determine the frequency of being subjected to different types of interpersonal violence and their influence on health in undergraduate female students receiving health education. 1723 female students studying in Caucasian University Veterinary Faculty, Atatürk Health Services Vocational School and Health Sciences Faculty constituted target population of the research. It was determined that minimum 659 female students constituted research sample by using formula if the target population number was known from 1723 female students. The research's data was gathered by Personal Information Form, Questionnaire of Exposure o Violence (QEV), General Health Survey-12 (GHS-12), and Quality of Life Scale Related to Health-SF36. Exploratory Factor Analysis, Cronbach-Alpha Correlation Analysis, and Total Item Point Correlation, Descriptive Statistics (mean, standard deviation, percentage) and Discrimination and Relationship Tests (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Test, Spearman Rho, and Correlation Analysis) were used in the data's analysis and standardizing the QEV. It was determined that the mean age was  $20.63 \pm 0.067$  and there was a significant difference ( $p < 0.05$ ) between the age of the students included in the research scope, department attended, class level, domicile, smoking, use of alcohol/substance and conditions of receiving psychiatric treatment, condition of having pain, type of competing with a problem when encountered, reactions after being subjected to violence, communication and relationships in family, condition of receiving psychiatric treatment in family, type of violence and QEV point means. It was also determined that there was a significant relationship between the QEV point means of the students included in the research scope and SF-36 sub-dimensions including Physical Function, Pain, Social Function, Mental Health, Aliveness, Emotional Role Limitation and General Health (in negative way, at a very weak level) and Physical Role Limitation (in negative way, at a weak level), and those having distress were subjected to the violence at a higher rate in comparison with those not having distress.

**Key words:** Interpersonal violence, undergraduate female students, health, psychiatry nursing

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şiddet, küresel olarak tüm Dünya’da tüm kültürlerde kadını etkileyen bir olgudur. Sessizlik içinde ürer ve kültürel normlar ile meşruiyet bulur. Uygulayıcıları kimi zaman partnerler, kocalar, kimi zaman aile ve arkadaşlar ve hatta yabancılar olabilmektedir. Halka açık alanlarda, insan olarak kadın haklarının ciddi şekilde ihlal edilmesi şeklinde olabilir. Fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının önemli nedeni olarak görülmektedir (Chhabra 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen şiddet sınıflandırmasında şiddet, şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine göre: kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Kendine yönelik şiddet: Bir kişinin kendisine yönelttiği şiddeti; kişiler arası şiddet: Başka bir şahıs tarafından uygulanan veya küçük bir grup birey arasında ortaya çıkan şiddeti; kolektif şiddet: Devletler, organize siyasi gruplar, milis grupları ve terör örgütleri gibi daha büyük gruplardan kaynaklanan şiddeti ifade etmektedir (WHO 2002).

DSÖ, kişiler arası şiddeti “yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim geriliği ya da yoksunluk ile sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali yüksek olan başka bir kişiye, bir grup ya da topluluğa karşı fiziksel güç kullanımı veya tehdidi” olarak tanımlamıştır. Kişiler arası şiddet, aile ve yakın arkadaş şiddeti ve toplumsal şiddet olmak üzere iki farklı biçimde görülmektedir (WHO 2002). Aile ve yakın arkadaş şiddeti ile ilgili daha yaygın kullanılan terimlerin bazıları “aile içi şiddet, flört şiddeti” dir ([http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartner\\_violence/definitions.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartner_violence/definitions.html), Erişim tarihi: 14 Ocak 2019, [https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartner\\_violence/teen\\_dating\\_violence.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartner_violence/teen_dating_violence.html), Erişim tarihi: 14 Ocak 2019).

Kadınlara, çocuklara ve yaşlılara karşı şiddet konusunda bilinen şeylerin çoğu nüfusa dayalı anketler ve özel araştırmalardan gelir. Bu çalışmalar fiziksel, cinsel ve psikolojik istismarın yaygın olduğunu ve dünya çapında milyonlarca kadın, çocuk ve yaşlı yetişkinin sağlığını ve esenliğini etkilediğini göstermektedir. Örneğin, kadınlara karşı yakın partner/ eş şiddetine ilişkin nüfusa dayalı anketler, kadınların % 20 ile

% 60'nın şiddet hakkında kimseye bir şey söylemediğini ve çok azının sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere kurumsal yardım talep ettiğini göstermektedir. Şiddet nedeniyle yaralanan kadınların % 48'inde yaralanmaya yönelik sağlık bakımına ihtiyaç duyulmuş ancak bunların sadece % 36'sı sağlık bakım hizmetine başvurmuştur (WHO 2014).

Konu ile ilgili uluslararası literatür incelendiğinde, kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet oranının % 20-40 aralığında değiştiği ve bu şiddetin yakın bir partnerden ya da bir yabancından kaynaklı olabildiği görülmüştür. Abrahams ve ark. (2014)'nın 56 ülkeyi kapsayan 7231 çalışmayı derledikleri sistematik gözden geçirmede, 2010 yılında dünya genelinde kadınların % 7.2'sinin partneri olmayan biri tarafından cinsel şiddete maruz kaldıkları ifade edilmiş ve kadına yönelik şiddete ilişkin en yüksek prevalansın Sahraaltı Afrika'da, en düşük prevalansın ise Asya'da olduğu, Sahraaltı Afrika Kuzey Afrika'nın merkezi, Ortadoğu, Avrupa, Doğu ve Güney Asya'dan sınırlı veri elde edildiği belirtilmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Ajansı (European Union Agency For Fundamental Rights FRA) (2015) tarafından 42.000 kişinin katılmış olduğu diğer bir çalışmada 15 yaşından itibaren kadınların % 33'ünün fiziksel ve cinsel şiddet deneyimledikleri belirlenmiştir. İspanya'da 1. sağlık bakım hizmetlerine gelen 10815 kadın ile yapılmış bir diğer çalışmada yaşam boyu şiddet yaygınlığı % 32.7 bulunmuş, şiddet öyküsü olan kadınların olamayanlara kıyasla daha düşük sağlık algısına sahip oldukları; psikolojik distres, somatik şikayetler yaşadığı antidepresan ya da trankilizan ilaç kullanımının anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada 30 yaşından küçük kadınların 30 yaşından büyük kadınlara kıyasla daha yüksek oranlarda başkalarından veya bir partnerden şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Montero ve ark. 2011). Şili'de üniversite öğrencisi kızlarda fiziksel şiddet yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada 970 kişi ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılanların % 21'i fiziksel yaralanmayı içermeyen bir veya birden fazla fiziksel şiddete maruz kalırken, % 5'i en az bir kez fiziksel yaralanma içeren şiddete maruz kalmıştır (Lehrer ve ark. 2010).

Ülkemizde kadına yönelik şiddet ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, üniversite örnekleminde şiddete maruziyet, il bazlı çalışmalarda benzer oranlarda olduğu belirlenmiştir. Şiddet daha çok aile, yakın bir akraba veya arkadaş tarafından

gelmektedir. Dağlar ve ark. (2017) hemşirelik ve ebelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin dörtte birinin ebeveynleri tarafından şiddete uğradıklarını, bunların yarıya yakınının da psikolojik şiddet gördüklerini belirlemiştir. Benzer şekilde Karabulutlu (2015) hemşirelik bölümü üçüncü sınıf öğrencileri üzerinde yürütmüş olduğu çalışmasında, öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin ebeveynleri tarafından şiddete maruz kaldığını ve öğrencilerin % 18.2'sinin fiziksel, % 24.5'nin duygusal ve kız öğrencilerin % 2.7'sinin cinsel şiddete maruz kaldığını, fiziksel şiddetin % 95 oranında aile içinden, duygusal şiddetin % 52 oranında partnerinden, cinsel şiddetin % 66.7'sinin tanımadığı insanlardan ve % 33.3'ünün de partnerinden gördüğünü belirtmiştir. Kanbay ve ark. (2012) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin, % 44.1'inin yaşamları boyunca herhangi bir zamanda anne babalarından şiddet gördüğünü belirlemiştir.

Kadınlara ve kızlara yönelik şiddet, Human İmmunodeficiency Virüs (HIV), diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve diğer üreme sağlığı sorunları için önemli bir risk faktörüdür. Kadınlara ve çocuklara yönelik şiddet, ayrıca beyni ve sinir sistemini, gastrointestinal, genitoüriner sistemleri, bağışıklık ve endokrin fonksiyonu (endokrin bezleri, vücut genelindeki aktiviteleri kontrol eden ve koordine eden hormonları salgılar) etkileyen diğer olumsuz sağlık sonuçlarıyla da bağlantılıdır (WHO 2014, Martin Baena ve ark. 2016). Şiddete maruz kalma, aynı zamanda, kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalığı ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar da dahil olmak üzere ölümün önde gelen bazı nedenleri için başlıca risk faktörleri olan alkol ve madde kötüye kullanımı ve sigara gibi riskli davranışlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Şiddet mağdurlarında ayrıca depresyon, kaygı, post-travmatik stres bozukluğu ve intihar davranışı riski daha yüksektir. Şiddete maruz kalma ve erkeklerin kadınlara karşı şiddet uygulaması, yüksek riskli cinsel davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (WHO 2014).

Yukarıdaki bilgiler ışığında bu çalışmada, sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını, etkileyen faktörleri ve şiddetin sağlık üzerine etkisini değerlendirmek amaçlandı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Saldırganlık ve Şiddet Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde saldırganlık (agresyon) “saldırgan olma durumu, saldırgan bir biçimde davranma, bireyin kendi düşünce ve davranışlarını dıştaki direnmelere karşı, zorla karşısındakine benimsetme çabası” olarak tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019). Saldırganlık, göreceli olarak küçük eylemlerden (ad takma veya itme gibi) daha ciddi eylemlere (vurma, tekme atma veya yumruklama gibi) ve ağır eylemlere (bıçaklama, ateş etme veya öldürme gibi) kadar çok çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilecek bir olgudur. Saldırganlığın bu kadar geniş aralıkta görünmesi bazen saldırganlığın gerçekleşip gerçekleşmediğini tanımlamayı zorlaştırabilir (Allen ve Anderson 2017).

Sosyal psikolojide, saldırganlık en çok bir zarardan kaçınmak için başka bir kişiye zarar vermeyi amaçlayan bir davranış olarak tanımlanır. Bu zarar, fiziksel yaralanma, incinme hissi veya zarar görmüş sosyal ilişkiler gibi pek çok şekilde olabilir (Anderson ve Bushman 2002, Allen ve Anderson 2017). İnsan saldırganlığı sosyal psikolojide “ani bir şekilde zarar vermeyi amaçlayan başka bir bireye yönelik gösterilen herhangi bir davranış” olarak tanımlanmıştır. Benjamin (2016)’den aktarıldığı üzere Baron ve Richardson (1994) saldırganlığı zarardan kaçma davranışına motive olmuş başka birine, zarar veren herhangi bir eylem olarak tanımlamıştır. Diğer sosyal ve davranışsal bilimlerin yanı sıra psikolojide saldırganlık; “ Aynı türün üyeleri arasında başka bir türe karşı yırtıcı bir davranış” olarak tanımlanır ([https://www.saylor.org/site/wp-content/uploads/2010/11/PSYCH\\_101-Wiki-Agression.pdf](https://www.saylor.org/site/wp-content/uploads/2010/11/PSYCH_101-Wiki-Agression.pdf), Erişim tarihi: 12 Ocak 2019).

Verilen saldırganlık tanımları incelendiğinde saldırganlığı diğer olgulardan ayırt eden özellikler mevcuttur. İlk olarak saldırganlık gözlemlenebilir bir davranıştır bir düşünce ya da bir his değildir. Her ne kadar saldırgan düşünceler ve saldırganlık duyguları saldırganlığın gelişimine katkı sunsa da saldırganlık olarak düşünülemez. İkincisi, eylem kasıtlı olmalı ve başka birine zarar vermek amacıyla yapılmalıdır. Bu, kazara zarar vermenin saldırganlık olarak sayılmadığı anlamına gelir. Üçüncüsü, saldırganlık insanları içermektedir. Bu özellik, insanlara zarar verme niyeti ile

yapılan bir davranış olmadıkça cansız nesnelere yapılan davranışların saldırganlık olmadığı anlamına gelir (Karlı 2016, Allen ve Anderson 2017).

Türk Dil Kurumu şiddeti "yeğlilik, sertlik, kaba güç, duygu ve davranışta aşırı güç, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet uygulama" şeklinde açıklamıştır (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019). Spesifik olarak şiddetin en yaygın olarak bilinen bilimsel tanımı, amaç olarak ciddi fiziksel hasar (örneğin ciddi yaralanma veya ölüm) niyeti ile yapılan saldırganlığın en ağır biçimidir (Anderson ve Bushman 2002, Huesmann ve Taylor 2006, Allen ve Anderson 2017).

Dünya Sağlık örgütü ise şiddeti, "kişinin kendisine, diğer bir kişiye ya da grup veya topluluğa bedensel ve ruhsal zarara yol açacak (çocuk ve ergenlerde gelişim geriliği, yaralanma, ölüm) ya da yol açma olasılığı yüksek olacak şekilde, isteyerek bilerek kaba güç, kudret uygulaması ya da bununla tehdit etmesi" olarak tanımlamıştır (WHO 2002).

Bu tanımlardan yola çıkarak saldırganlık ve şiddet kavramlarının etkileşimde bulunduğu belli noktalar vardır. Saldırganlık aralığının nispeten düşük ucundaki eylemler (örneğin zorlama gibi) ve aralığın yüksek ucundaki eylemler şiddet (cinayet gibi) olarak nitelendirilir. Bu nedenle tüm şiddet eylemleri saldırganlık olarak nitelendirilebilir. Ancak tüm saldırganlık eylemleri şiddet olarak nitelendirilmez. Her ne kadar şiddet bazen saldırganlıktan ayrı olarak ele alınsa da özellikle kriminologlar, siyaset bilimciler, kamu politikaları yapanlar, halk ve sosyal psikologların çoğu, şiddeti bir saldırganlık alt kümesi olarak görmektedir (Allen ve Anderson 2017).

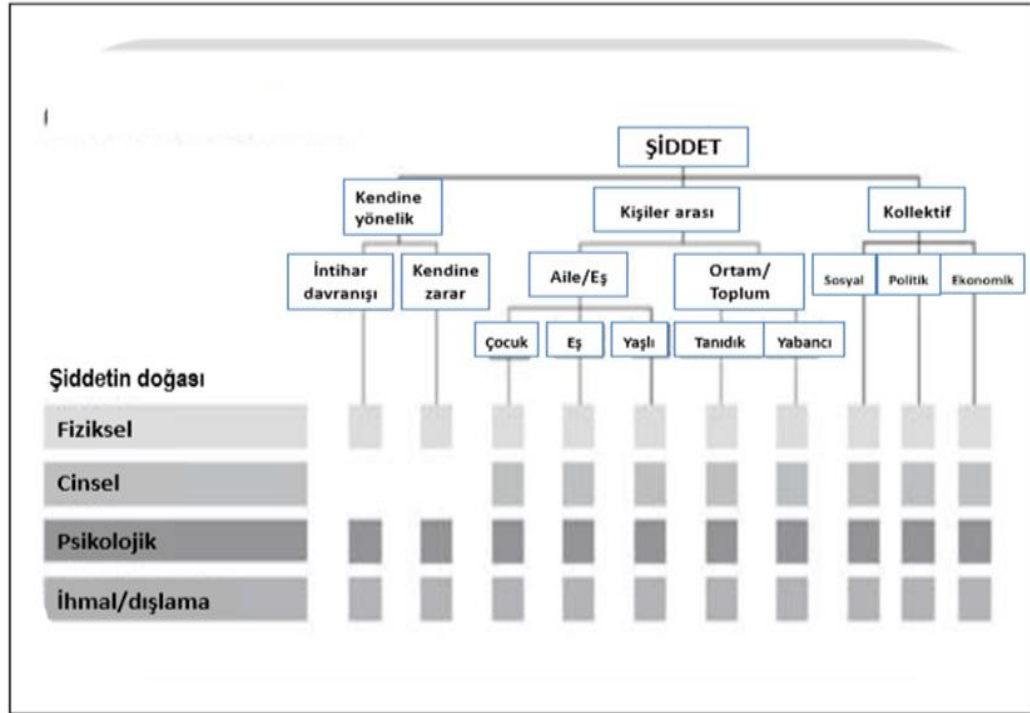
## 2.2. Şiddetin Sınıflandırması

DSÖ, şiddeti önde gelen bir halk sağlığı problemi olarak ilan eden 1996 kararı ile, farklı şiddet türlerini ve aralarındaki bağlantıları karakterize eden bir şiddet sınıflandırması geliştirme çağrısında bulunmuştur. Ek olarak DSÖ az sayıda şiddet sınıflandırması olduğunu ve kapsamlı olmadıklarını vurgulamıştır (WHO 2002).

DSÖ tarafından önerilen şiddet sınıflandırmasında şiddet, şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine göre üç geniş kategoriye ayrılmıştır. Buna göre şiddet;

- Kendine yöneltilen şiddet;
- Kişiler arası şiddet;
- Kollektif şiddet;

Olmak üzere üç alana ayrılmıştır. Yapılan bu sınıflandırma, bir kişinin kendisi yönelttiği şiddet, başka bir şahıs tarafından veya küçük bir grup birey arasında ortaya çıkan şiddet, devletler, organize siyasi gruplar, milis grupları ve terör örgütleri gibi daha büyük gruplardan kaynaklanan şiddeti sınıflandırmaktadır (Şekil 2. 2. 1). Bu üç geniş kategori, daha fazla spesifik şiddet türünü yansıtmak için her biri alt kategorilere bölünmüştür (WHO 2002).



Şekil 2. 2. 1. Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Tipolojisi

**Kaynak:** WHO: World Health Organization Violence: A global public health problem. In E. G. Krug, L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, and R. Lozano (Eds.), World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=A7941F9355D32FEAA5890E6D9BC1D1C3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A7941F9355D32FEAA5890E6D9BC1D1C3?sequence=1),

Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.

*Kendine yöneltilen şiddet;* intihar davranışı ve kendi kendine kötü muamele olmak üzere ikiye bölünür. Bunlardan birincisi intihar düşünceleri, bazı ülkelerde ‘parasuicid ya da kasıtlı yaralama’ olarak da adlandırılan intihar girişimi ve tamamlanmış intiharı içermektedir. Buna karşın kötüye kullanım ise kendini yaralama (self-mutilation) gibi davranışları içermektedir (WHO 2002).

*Kolektif şiddet;* sosyal, politik ve ekonomik olarak üç alt kategoriye ayrılmaktadır. Diğer iki geniş kategoriden farklı olarak, kolektif şiddetin alt kategorileri, daha büyük gruplar ya da devletler tarafından işlenen şiddet için olası sebepleri öne sürmektedir. Kolektif şiddet örneğin örgütlü gruplar tarafından işlenen nefret suçları, terör eylemleri ve mafya şiddetini kapsayan belirli bir sosyal gündem geliştirmeye çabalamaktadır. Politik şiddet, savaş ve şiddet içeren çatışmaları, devlet şiddetini ve daha büyük gruplar tarafından gerçekleştirilen benzer olayları içerir. Ekonomik şiddet, ekonomik faaliyetin bozulması, temel hizmetlere erişimi reddetme veya ekonomik bölünme ve parçalanma yaratma amacıyla gerçekleştirilen saldırılar gibi ekonomik kazanımın neden olduğu daha büyük grupların saldırılarını içerir (WHO 2002).

*Kişiler Arası Şiddet;* iki alt kategoriye ayrılır:

*Aile ve yakın arkadaş şiddeti:* şiddet geniş ölçüde aile üyeleri ve yakın arkadaşlar arasında olmaktadır ancak sadece ev ortamında olmaz. Bu kategoride çocuk istismarı, yakın arkadaş / partner şiddeti ve yaşlı istismarı gibi şiddet biçimleri görülmektedir (WHO 2002).

Çocuğa yönelik olarak kullanılan şiddet, çocuk istismarıdır. İstismar, çocuğun ebeveynleri ya da çocuktan sorumlu kişiler tarafından fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak uygulanan olumsuz ve zarar verici davranışların tümünü kapsamaktadır (Bağdatlı 2016).

Yakın arkadaş/ partner şiddeti olarak bilinen toplumumuzda sıkça aile içi şiddet olarak ele alınan şiddet aile içindeki birinin diğer birini cezalandırmak, küçümsemek veya öfkesini gidermek için uygulamış olduğu şiddet olarak da tanımlanabilmektedir (Yazar 2018). Aile içi şiddet, bir aile üyesinin diğer bir aile üyesine karşı fiziksel veya cinsel şiddet kullanması sonucu fiziksel ve psikolojik

olumsuz sonuçlara neden bir durumdur (Duran ve Ünsal 2014). Bu şiddet türü, yakın ilişki içinde bulunduğu partneri denetim altında tutmaya yönelik, sömürücü ve saldırganlık içeren sözlü, fiziksel, psikolojik ve cinsel davranışları ya da bunların birleşimini içerir. Toplumun tüm kesimlerinde ortaya çıkabilen, başta kadınlar olmak üzere gençlerin esenliğini gerek kısa vadede gerekse de uzun vadede olumsuz etkileyen sosyo kültürel bir sorundur (Fidan ve Yeşil 2018).

Yaşlı istismarı ise şu şekilde tanımlanmaktadır: Bir bakıcı veya yaşlıyla güven ilişkisi içinde olan bir kişi tarafından korunmasız bir yaşlıya, zarar veren ya da ciddi bir zarar riski oluşturan (zarar amaçlanmış olsun veya olmasın) kasıtlı eylemleri veya bakıcının yaşlıların temel ihtiyaçlarını karşılamaması, yaşlıları zarar görmekten korumamasıdır (Lachs ve Pillemer 2004).

*Toplumsal şiddet*: şiddet birbiriyle ilgisi olmayan ve birbirlerini tanımayan veya bilmeyebilen kişiler arasındaki genellikle ev dışında gerçekleşmektedir. Bu kategoride ise gençlik şiddeti, rastgele şiddet eylemleri, yabancılar tarafından tecavüz veya cinsel taciz, okullar, işyerleri, cezaevleri ve bakım evleri gibi kurumsal ortamlarda gerçekleşen şiddet eylemlerini kapsamaktadır (WHO 2002).

Şekil 1 'de şiddet eylemlerinin doğası ;

- fiziksel
- cinsel
- psikolojik
- yoksun bırakma ya da ihmali kapsayacak şekilde gösterilmiştir.

Son yıllarda, bazı fiziksel olmayan saldırganlık biçimleri, sonuçlar şiddetli olduğunda “şiddet” olarak isimlendirilmiştir. Bunlara duygusal şiddet cinsel şiddet ve psikolojik şiddet örnek verilebilir (Allen ve Anderson 2017).

*Fiziksel şiddet*, bir kişinin vücudunun bir bölümünde ya da bir kişinin eylemlerini kontrol etmek amacı ile cansız nesnelere kullanımı ile oluşur. Fiziksel şiddet “ağrı, rahatsızlık veya yaralanma ile sonuçlanan fiziksel kuvvet kullanmak, vurma, sıkıştırma, saç çekme, kol bükme, boğma, yakma, bıçaklama, delme, itme,

tokat atma, dayak atma, tekme atma, ısırma, zorla besleme, bir silahla veya başka bir cisimle saldırı, bir silah veya nesneyle tehdit etme, şiddetli hava koşullarına veya uygun olmayan oda sıcaklıklarına kasten maruz bırakma ve cinayet” i içerir. Ancak bunlarla sınırlı değildir ( <https://www.gov.nl.ca/VPI/types/>, Erişim tarihi: 25 Ocak 2019). Yaralanmalar, gözle görülebilen veya görünmeyen küçük travmalardan kırılmış kemik ve yırtılmalara, kafa travmalarına ve iç organlardaki yaralanmalara kadar değişebilir. Birçok mağdur için, istismar düzenli olarak gerçekleşmektedir. Bazıları bıçak gibi silahlarla veya sıcak demir, sigara veya uzun bir lastik hortum gibi ev eşyaları ile tehdit edilir (<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-in-general-practice.pdf>, Erişim tarihi: 04 Şubat 2019). Fiziksel şiddet eylemlerinin en büyük özelliği tekrarlayan, süregelen davranışlar olmasıdır. Şiddet davranışlarını tek seferlik eylemler olmayıp çok kez tekrarlanan, kronikleşmiş davranışlardır (Polat 2015).

*Psikolojik şiddet (Duygusal şiddet)*, sözlü olmayan eylemlerin yol açtığı her türlü fiziksel olmayan şiddeti ve sıkıntıyı kapsayan kişiler arası şiddet biçimidir. Diğer bir tanımlamada ise, kasıtlı olarak mağdurların istemedikleri halde mağdurları yönlendirme, etkileme ve kontrol altında tutma yöntemidir. Genellikle diğer şiddet türleri ile birlikte ortaya çıkar ve diğer şiddet türleri gibi, bu şiddet türü de en az güce ve imkana sahip olanları etkiler. Şiddet uygulayanların mağdurlarına hakim olma ve kendi gücünü mağdura hissettirme ihtiyaçları vardır. Küçük düşürme, taciz, utanma, sosyal tecrit, sözlü saldırı, hakaret, tehdit, sindirme, finansal kontrol, mağdurların ihtiyaçlarını göz ardı etme gibi tehdit veya zorlayıcı taktikler ile mağdurları ele geçirme ve kontrol altına alma sağlanır. Psikolojik şiddet genellikle fiziksel şiddetten daha uzun sürer, çünkü psikolojik şiddet uygulayanın amacı mağdurların kendilerine olan güvenini ve güven duygusunun kademeli olarak yol etmektir. Psikolojik şiddetin en önemli sonucu ise mağdurların tüm öz benliğini kaybetmesidir. (Kaya Sakarya 2013, Moglia 2015, Yüksel Oktay 2015, Yazar 2018). Kadın olgusu düşünüldüğünde “Kadının sevgi, saygı gibi birtakım duygusal ihtiyaçlarının önemsenmemesi, dinine, ırkına, diline, geçmişine ait değer verdiği inançlarının küçümsenmesi, kadının yardım alabileceği kurum ve kişilerden kopmasını sağlamak için arkadaşlarının ve aile fertlerinin devamlı bir şekilde küçümsenmesi, evden kovulmakla korkutulması,

çevresiyle olan ilişkilerinin denetlenmesi veya engellenmesi” (Yazar 2018) “kadının bir işi yapamayacağını belirten konuşmalar yapma, karakterini ve düşüncelerini umursamama, sesini yükseltme, takma ad takma, her yaptığını kontrol altında tutma, hayatının herhangi bir alanında kadının karşılaştığı fırsatları engelleme” olarak tanımlanmıştır (Aydöner 2018).

Genel olarak bakıldığında ise Allen ve Anderson (2017) belirli sözel saldırganlık türleri veya kalıpları, bazen hedefin duygusal veya sosyal refahına ciddi şekilde zarar vermek amacıyla çocuklara, yaşlılara veya yakın arkadaşlara yönelik olduğunda bu durumu “duygusal şiddet” olarak nitelendirmiştir. Kısaca fiziksel baskı olmaksızın uygulanan ruh sağlığını bozucu eylemlerin tümü psikolojik-duygusal şiddet olarak kabul edilmektedir (Baysan Arabacı 2014).

*Cinsel şiddet*, zor kullanarak yapılır veya uygunsuz olan cinsel teması içerir. Mağdurun vücudunun herhangi bir yerine izinsiz dokunulması veya bir cisimle oral, vajinal veya anal penetrasyonda bulunulması veya teşebbüsü olarak da tanımlanabilir (Tuz 2015). Cinsel şiddet, mağdurun istemediği halde tehdit ve kendi isteği dışında cinsel ilişkiye zorlanması, fiziksel güç ve şiddet eşliğinde cinsel saldırıya uğramasıdır. Mağdurlar istemedikleri bir tür cinsel ilişkiye zorlanabilirler. Örnek olarak “üçüncü bir kişiyle seks yapmaya zorlama, fiziksel acı veren seks veya mağdur hasta olması kendini tükenmiş hissettiği halde seks yapmaya zorlama ve fiziksel bir saldırı sonrasında seks yapmaya zorlama” verilebilir. Şiddeti uygulayanın mağdura verdiği asıl mesaj, kendi bedenleri üzerinde hiçbir söz hakkının bulunmamasıdır (Ganley 1995, Tezel Şahin ve Özyürek 2014, Yüksel Oktay 2015, Polat 2015, Aydöner 2018). Allen ve Anderson (2017). Cinsel şiddet üzerindeki tartışmaları şu şekilde özetlemiştir. Cinsel şiddet içerisinde niyetin zarar verme değil cinsel tatmin olma olabileceğini belirtmiş ancak her iki durumda da mağdurun zarar gördüğü ve alınması gereken önlem düşünüldüğünde saldırganlık ve şiddet olguları içerisinde ele alınması gerekliliğini vurgulamıştır.

*İhmal*, bakımını yaptığınız bir kişinin temel fiziksel ve / veya psikolojik gereksinimlerini karşılamaması; fiziksel zarar veya tehlikeden korunmama veya uygun tıbbi bakım veya tedaviye erişimin sağlanamaması gibi ısrarcı tutumlardır. Ayrıca, diğer kişinin temel duygusal gereksinimlerinin ihmali veya tepkisizliğini de

içerebilir ([https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical %20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-ingeneral](https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-ingeneral%20practice.pdf) practice.pdf, Erişim tarihi: 04 Şubat 2019). Diğer bir kaynakta ihmal, bakım veya yardım sağlama sorumluluğunda olan birinin bu sorumluluğunu yerine getirmemesi olarak tanımlanmıştır. Şu şekilde örneklendirilebilir “ihtiyaçlarını tek başına karşılayamayan bir kişinin ihtiyaçlarını karşılamamak, halka açık bir ortamda terk etmek yardıma ihtiyacı olan birinin yanında kalmamak” gibi (<https://www.gov.nl.ca/VPI/types/> , Erişim tarihi: 25 Ocak 2019).

### 2.3. Şiddet ve Saldırganlığın Etyolojisi

#### **Biyolojik Teoriler**

Bu başlık altında nörofizyolojik, genetik, biyokimyasal faktörler yer almaktadır (Gürhan 2016).

*Nörofizyolojik faktörler incelendiğinde*, insanlarda ve hayvanlarda nörolojik sistemin çeşitli bileşenlerinin saldırgan dürtüleri başlattığı ya da engellediği görülmektedir. Beynin bu sürece katılması muhtemel bölümleri temporal lob, limbik sistem ve amigdaladır (Gürhan 2016). Özellikle limbik sistem ve temporal lob alanlarındaki beyin tümörleri, beyinde değişikliklere yol açan beyin tümörleri, beyin travması, ensefalit gibi (ya da bu sendromu etkileyen ilaçlar) hastalıklar ve epilepsi özellikle temporal lob epilepsisi şiddet davranışı ile ilişkilidir (Gürhan 2016). Prefrontal alanlar ve bu alanların beynin subkortikal alanlar ile bağlantıları, limbik yapı ile ilişkili temporal alanlardaki bozulmalar ve agresif davranış arasında ilişki vardır. Bu bozulma dikkat, konsantrasyon, hafıza ve zihinsel süreçlerin yürütücü işlevlerinde, hem uyarıcıların hem de olumsuz olayların yanlış yorumlanmasında ve dürtüleri düzenlemede eksikliklere neden olabilir (Mendes ve ark. 2009).

*Genetik faktörler incelendiğinde*, ikizlerle ve evlat edinilen bireylerle yapılan genetik araştırmalar, agresif, antisosyal ve şiddet içeren davranışların geliştirilmesinin altında yatan genetik etkenleri ortaya çıkarmıştır. Anti-sosyal fenotiplerde bulunan varyansın yaklaşık % 50'si genetik faktörlere dayanabilir (Rowe ve ark. 2001, Ferguson ve Beaver 2009, Mendes ve ark. 2009). Genetik bulgular, serotoninerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik aktivitelerin yanı sıra Monoamine



oxidase A (MAO-A)' nin ekspresyonu ile ilişkili genlerin etkili olduğunu vurgulamıştır (Mendes ve ark. 2009, Yalçın ve Erdoğan 2013, Özaşçılar 2016).

*Nörotransmitterlerle ilişkili genetik faktörler incelendiğinde* çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalan bireylerde MAO-A yüksek ekspresyon düzeyi olan olguların erişkinlik döneminde daha düşük sıklıkta şiddet içeren eylemlere karıştığı ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği belirtilmektedir (Mendes ve ark. 2009, Yalçın ve Erdoğan 2013). Serotonin şiddet davranışı arasındaki ilişki irdelendiğinde serotonin taşıyıcı genlerde düşük genik ekspresyon olan bireylerde yüksek allel ekspresyon olan bireylere göre çocukluk döneminde yüksek agresyon belirlenmiştir (Mendes ve ark. 2009, Yalçın ve Erdoğan 2013). Dopamin ile ilişkili Dopamin Reseptörü D2 (DRD2) ve Nöronal Dopamin Taşıyıcısı (DAT1) genlerinin şiddet ile ilişkisi değerlendirilmiş patolojik agresif davranışlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Mendes ve ark. 2009). Katekol-o-Metiltransferaz (COMPT) genindeki düşük aktivasyonunun agresyon ilişkili olduğu belirlenmiştir. Nörotransmitter aktivite agresyon ilişkisi irdelendiğinde azalmış serotonerjik aktivite, artmış dopaminerjik aktivite ile impulsif saldırgan davranışlar arasında ilişki vardır (Yalçın ve Erdoğan 2013).

*Biyokimyasal faktörler incelendiğinde* hormonlar saldırgan davranış ilişkisi irdelendiğinde başlangıçtaki bilgiler saldırgan davranış için testosteronun olması gerektiği yönündedir. Ancak günümüzdeki bilgiler ışığında P maddesi, norepinefrinin, agresyon davranışı arttırdığı, östrojen, serotonin ve oksitosinin agresif eğilimleri azalttığı bilinmektedir (Moore ve ark. 2002, Seo ve ark. 2008).

### **Psikolojik Teoriler**

Bu başlık altında psikoanalitik, sosyal öğrenme, genel agresyon modeli ve sosyo kültürel kuramlar hakkında bilgi verilecektir.

#### ***Psikanalitik Kuram,***

*Psikanalitik Kuram* pişenin içsel bir parçası olarak saldırganlığı, içgüdüsel bir davranış olduğunu ve insan doğasında var olduğunu bilimsel anlamda kavramsallaştırmıştır. Böylece diğer teorisyenler saldırganlığı bir sapma olarak

görme eğiliminde olmaktan ziyade saldırganlık ile savaşmanın yollarını aramışlardır. Sigmund Freud, saldırgan davranışı insan gelişiminin psikoseksüel çerçevesi içinde ele almıştır (Harding 2006, Karşlı 2016).

Freud 1905'te köken olarak cinsellik üzerine özelleşmiş ve saldırganlığı erkeğin cinsel ilerlemesi üzerine kadının direncini yenmesinde yardımcı bir araç olarak tanımlamıştır. Yaklaşık 15 yıl sonra Freud, insan doğasının, yıkıcı bir ölüm içgüdüsünden türetilen tamamen saldırgan uyarıları içerdiğini ileri sürmüştür. Bu iki nokta arasında Freud, insan saldırganlığının çeşitli yönlerini tanımlamıştır. Cinsel içgüdünün ilerlemesini kolaylaştıran sağlıklı saldırganlığı sadizm olarak tanımlamıştır. Öte yandan egonun tatsız ve acı verici deneyimlerine yönelik yadsımasındaki öfkeyi ve yıkıcı dürtüleri ele almıştır. İyi oluş algısını tehdit eden, diğerlerine yönelik bu savunmacı öfkeyi, kendini koruma içgüdüsüne atfedilmiştir. Daha sonra Freud, hem dış hem de iç deneyimlere bir tepki olarak gördüğü saldırganlığın, kayba verilen öncelikli bir cevap olduğunu öne sürmüştür. Kayıp ile sevilen ya da nefret edilen gerçek kayıpları, duygusal kayıpları özellikle narsistik yaralanmaları kastetmiştir (Harding 2006, Karşlı 2016).

Sonuç olarak Freud, saldırganlığı “ölüm içgüdüsünün/thatanos” bağımsız tahrip edici bir yönü olarak görüşünü bildirmiştir. Freud, yaşam arasında birleşme ve bütünlüşme içgüdüsü ile ölümün yok olma ve yok etme içgüdüsü arasındaki mücadelenin biyolojik ve psikolojik varlığımızın her düzeyinde faaliyet gösterdiğini öne sürmüştür. Ortaya çıkan füzyonlar ve yaşam ve ölüm içgüdülerindeki yanılmalar, dürtülerin büyümesi, gelişmesi veya durması ve dejenere olması için göreceli gücü ve zayıflığı belirler. Ölüm içgüdüsü kendine yönlendirilir ve yaşamsal güçlere bağlanmadığında görünmeden ve engellenemez olarak çalışır. Gözlenebilir yıkıcılık, ölüm içgüdüsünden köken alır ve kendini korumaya yönelik dışa doğru yönlendirilebilir (Harding 2006, Karşlı 2016).

Freud'dan sonra gelen takipçileri onun iç görüşlerinden yararlanmış ve saldırganlığın farklı yönlerini ve işlevlerini vurgulayan bir dizi teori sağlamıştır. Özellikle bireysellik ve gelişim hizmetinde, kendini korumada ve nesnelimize yönelik hissettiğimiz belirsizliğin kaçınılmaz bir parçası olarak saldırganlık açıklamaya çalışmışlardır (Harding 2006).

*Sosyal Öğrenme Kuramları* Benjamin (2016)'in belirttiğine göre, Bandura (1973) Sosyal Öğrenme Kuramında saldırgan davranış, başkasının saldırgan davranmasını izleyerek ve o kişinin davranışını taklit ederek öğrenilebilir. Saldırganlık aşağıdaki şekillerde sağlanabilir. İlk olarak, ödüllendirilebilir. Olumlu bir şekilde güçlendirilirse, yanıt güçlendirilir ve uygun ipuçları verildiğinde tekrar edebilir. Bir durumda saldırganlığın güçlendirilmesi, diğer durumlarda saldırganlık olasılığını da artırabilir (Yanıtın genellenebilirliği ilkesi) (Benjamin 2016). Sosyal öğrenme teorilerine göre insanlar doğrudan deneyimle veya başkalarını gözlemleyerek diğer karmaşık sosyal davranış biçimlerini edindikleri gibi agresif tepkileri de edinebilirler. Sosyal öğrenme teorisi, saldırgan davranışların gözlemsel öğrenme süreçleri yoluyla edinilmesini açıklar ve sosyal davranışı yönlendiren inanç ve beklentileri anlamak ve tanımlamak için faydalı bir kavramsal çerçeve sağlar (Anderson ve Bushman 2002).

Yetişkinler ve çocuklar benzer şekilde davranışlarının çoğunu televizyonda ya da filmlerde kişilerden örnek alırlar. Örnek alma maalesef olumlu davranışlarda olduğu kadar özellikle çocuklar kötülükler üzerinde şiddet kullanılarak galibiyet kazanan kahramanları izlediklerinde olumsuz da olabilir. Aynı zaman da saldırgan davranışlara biyolojik olarak yatkın olan bireyler olumsuz örnek almaya daha yakındırlar (Gürhan 2016).

Sonuç olarak sosyal öğrenme teorisi, saldırganlığın sosyal-çevresel kökenlerini anlamak için iyi yapılandırılmış ve yaygın olarak kabul edilmiş bir çerçevedir. Çocukluk ve ergenlikte saldırganlığın gelişimi üzerine yeni araştırmaları teşvik etmeye devam etmektedir (Goodnight ve ark. 2017).

*Genel Agresyon Modeline göre* Anderson ve Bushman (2002); saldırgan davranış olasılığını etkileyebilecek birçok girdi değişkeni olabileceğini belirtmiştir. Bazıları bireysel farklılık değişkenleridir (örneğin, kişisel düşmanlık ve şiddete yönelik tutumlar). Diğerleri durumsal değişkenlerdir (örneğin, silahların ve acıların varlığı). Bu girdiler, birkaç yol ile agresif davranışa neden olabilir: Biliş (düşmanca düşünceler, saldırganlık senaryoları), duygu (düşmanca duygular, etkileyici motor yanıtları) ve uyarılma (fizyolojik, algılanan). Bu süreçlerden geçen değişkenler, bir kişinin durumu ani değerlendirmesine neden olabilir. Bu acil durum değerlendirmesi

otomatik olarak gerçekleşir ve durumun yorumlanmasını (örneğin, hedef kişinin zarar verme ve kötü niyet potansiyeli) ve duygu yorumlama ve yaşama deneyimini (örneğin hedef kişide öfke) içerir. Durumun acil bir değerlendirmesi yapıldıktan sonra yeniden değerlendirme yapılabilir. Yeniden değerlendirme, bireyin duruma, ek duruma, alternatif davranışsal tepkilere, çeşitli alternatiflerin uygulanabilirliğine ve çeşitli alternatif davranışsal tepkileri yerine getirmenin sonuçlarına ilişkin ek bilgileri göz önünde bulundurduğu düşünceli, zahmetli ve bilinçli bir süreçtir. Yeniden değerlendirme etkili bir süreç olduğu için, ancak bireyin yeterli bilişsel kaynakları mevcut olduğunda gerçekleştirilir. Modeldeki ilk aşamada, birey saldırmak ya da saldırmamak için seçim yapar (Anderson ve Bushman 2002, Benjamin 2016).

*Sosyokültürel teoriler' de şiddet genellikle üniter bir kavram olarak düşünülür. Yüksek şiddet oranlarının nedenleri sadece bir faktöre bağlı olarak değil birçok faktöre bağlı olarak açıklanabilir. Örneğin, yoksulluk, zayıf iş becerileri, riskli davranışlar, sosyo-duygusal gelişim, eğitim vb. Psikologlar doğaya karşı doğaya odaklanırken, ekonomistlerin kıt kaynaklara ve maliyet / fayda analizlerine odaklanma olasılıkları daha yüksektir. Sosyologlar dikkatlerini zor yaşam koşullarına, kültürel özelliklere ve sosyal koşullara yönlendirirler. Şiddet, multidisipliner bir yaklaşımı hak eden çok yönlü bir sorundur (Anderson ve ark. 2015).*

Sosyal bilimciler bazı biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkili olabileceğini kabul etmekle beraber saldırgan davranışların temel olarak kişilerin kültürlerinin ve sosyal yapılarının ürünü olduğunu savunurlar. Yoksulluk ve gelir düzeyinin cinayet, şiddet ve şiddet suçlarının güçlü habercileri olduğu bilinmektedir. Zengin ve yoksul arasındaki uçurum büyümesi sosyal bağlılık ve sosyal sermayenin altının oyulmasında etkilidir. Sosyal sermayenin azalması karşılığında silahlı cinayetler ve şiddet suçları artar. Aslında Amerika Birleşik Devleti bir gurubun diğer gruba şiddet uyguladığı bir nüfustan oluşur. O zamandan beri çok şey yazılmış ya da söylenmiş ve tüm insanların hakları ile ilgili yasalar konulmuştur (Gürhan 2016).

Yüksek oranda ceza gerektiren şiddet, görünüşte ırk ve ekonomik eşitsizliklerin bedelidir. "Tüm insanların eşit yaratıldığı" ilkesine dayanan bir toplumda, atfedilen pozisyonlara dayanan ekonomik eşitsizlikler demokrasinin

ruhunu ihlal eder ve yabancılaşma, umutsuzluk ve çatışma yaratma olasılığı yüksektir. Nitekim Amerikan toplumunda sosyal sermaye eksikliği yaşayan gruplarda, bir grup akranın bir araya geldiği ve akran etkisinin ortaya çıktığı durumlarda, ailelerin yıkılması, ebeveynlerin yapmalar gerekli olan rehberliği yapmamaları gibi durumlarda suç davranışının arttırdığı belirlenmiştir (Anderson ve ark. 2015).

Bireyler ihtiyaçlarının ve isteklerinin diğer insanlara kıyasla karşılanmadığı hissettiklerinde sosyal etkiler şiddete katkıda bulunur (Tardiff 2003).Yoksul ve ezilmiş insanlar yasal kanallara ulaşmalarının kısıtlı olduğu düşündüklerinde istediklerini elde edebilmek için suç davranışlarını benimseme olasılıkları fazladır. Bu imkan yokluğu ve bunu izleyen suç davranışlarını bile bir toplumdaki şiddet alt kültürüne katkıda bulunabilir (Gürhan 2016).

Sosyal uyum ya da sosyal sermayenin azaltılması ile zengin ve fakir arasındaki uçurum giderek büyüyor ve azalmış sosyal sermaye ile bağlantılı olan ateşli silah ile cinayet ve şiddet suçları da artmaktadır (Gürhan 2016).

#### **2.4. Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi**

Her yıl dünya çapında 1,3 milyondan fazla insan, çeşitli şiddet türleri sonucu olarak (kendine yönelik, kişiler arası ve kolektif) ölmektedir. Bu oran küresel ölüm oranının % 2.3'ünü oluşturmaktadır. Dünya çapında şiddet 15-44 yaş arası insanların ölüm sebepleri arasında 4. sıradadır. Bu nedenle 15-44 yaşlarındaki insanlar için şiddet, dünya çapındaki önde gelen ölüm sebepleri arasındadır. Buna ek olarak, dünya çapında on binlerce insan, her gün ölümcül olmayan şiddetin kurbanıdır. Bunlar acil servislerde fiziksel yaralanmalar sonucu tedaviye ihtiyaç duyan şiddet kurbanlarını, diğer fiziksel cinsel, psikolojik, istismara maruz kalanları içermektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü bu konuda en kapsamlı raporlarından birini 2002 ve diğerini, 2014 yılında yayınlamıştır. Bu raporlar, aile üyeleri, yakın arkadaşlar, tanıdıklar ve yabancılar arasında meydana gelen şiddeti, çocuğa kötü muameleyi, gençlik şiddetini (çetelerle ilişkili olanlar dahil) ve kadına yönelik şiddet üzerine odaklanan kişiler arası şiddeti ele almaktadır (WHO 2014).

2000 yılından bu yana, dünyada yaklaşık 6 milyon insan, kişiler arası bir şiddet eylemi sonucu öldürülmüştür. Cinayet bu süre çapında tüm savaşlarda ölen insan sayısından daha fazla sayıda insan ölümüne neden olmuştur. Ölümcül olmayan kişiler arası şiddet, cinayete karşılaştırıldığında daha yaygındır ve ciddi, ömür boyu süren sağlık ve sosyal sonuçları vardır (WHO 2014).

Ülkemizde kadına yönelik şiddet araştırması raporuna göre kentte yaşayan kadınların % 26.9'u ve kırsal alanda yaşayanların % 21.2'si eşi veya bir yakını tarafından fiziksel veya cinsel şiddet sonucu yaralanmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2015).

Fiziksel yaralanmaların ötesinde, şiddetin sağlığa etkisi; engellilik, depresyon, üreme ve fiziksel sağlık sorunları, sigara içmek, yüksek riskli cinsel davranışlar ve alkol ve uyuşturucu yanlış kullanımı, şiddet deneyimi ile ilişkili kalp hastalıkları inme, kanser, HIV ve bir dizi diğer kronik ve bulaşıcı hastalık ve erken ölümü kapsamaktadır. Şiddet, sağlık ve ceza adalet sistemlerine, sosyal hizmetlere ağır yük bindirmektedir. Yerel ekonomiler işgücü devamsızlığı, verimlilik kaybı, insan sermayesinin kaybolması ve yatırım ve ekonomik kalkınma için önleyici engellerle yüz yüze olduğu için şiddet, toplumların ekonomik yapısını da eritmektedir. Ölümler ve yaralanmalar zararın sadece bir kısmıdır. Şiddet, dünya genelinde ölüm, hastalık ve sakatlığa, bir dizi diğer sağlık ve sosyal sonuçlara büyük katkıda bulunmaktadır. Sorunun büyüklüğü en iyi şekilde bir piramit ile temsil edilir. Şiddet ile ilişkili ölümler, resmi istatistiklerde kaydedilen şiddetli davranışların en gözle görülür sonucudur, ancak yalnızca piramidin tepesini temsil etmektedir. İkincisi sağlık uzmanlarının ve bazı acil tıbbi birimlerin, yasal ve diğer hizmet birimlerinin dikkatini çeken şiddet mağdurlarıdır. Üçüncüsü ise piramit tabanındaki çok daha geniş katman olan, nüfusa dayalı anketlerde ele geçirilen şiddet eylemlerini içermektedir (sağlık veya diğer yetkililer tarafından asla bildirilemeyen eylemler). Bu anketler, şiddetin kadınlara ve kızlara, çocuk kötü muamelesine ve yaşlı istismarına yaygınlığının ve sonuçlarının belgelendirilmesi için önemlidir (WHO 2014). Şiddet mağdurlarının hepsi gizli bir görüşme olsa dahi şiddet deneyimlerini açıklamaya istekli değildir ve piramidin temelinde sessiz kalan mağdurların birçoğu bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (2014) yayınlamış olduğu raporda ülkeler, bölgeler veya cinsiyete, yaşa göre ölümcül ve ölümcül olmayan şiddetle ilgili sunulan bilgilerden de anlaşılacağı üzere, şiddetin kalıpları ve sonuçları eşit olarak dağıtılmamaktadır. Şöyle ki; erkeklerin şiddet ile ilişkili ölüm ve yaralanma sonucu acil servislerde kalma oranları orantısız bir şekilde yansıtılmasına rağmen kadınlar, çocuklar ve yaşlılar fiziksel, cinsel, psikolojik, istismar ve ihmalin ölümcül olmayan sonuçları orantısız bir şekilde katlanmaktadır. Onlar aynı zamanda resmi istatistiklere yansımayan şiddet eylemlerinin negatif sağlık ve sosyal sonuçlarına yaşam boyu katlanmaktadır.

***Kadınlar, çocuklar ve yaşlılar fiziksel, cinsel ve psikolojik istismarın ölümcül olmayan sonuçlarının yükünü taşımaktadırlar.***

Kadınlara, çocuklara ve yaşlılara karşı şiddet konusunda bilinen şeylerin çoğu nüfusa dayalı anketler ve özel araştırmalardan gelir. Bu çalışmalar fiziksel, cinsel ve psikolojik istismarın yaygın olduğunu ve dünya çapında milyonlarca kadın, çocuk ve yaşlı yetişkinlerin sağlığını ve esenliğini etkilediğini göstermektedir. Örneğin, kadınlara karşı yakın partner/ eş şiddetine ilişkin nüfusa dayalı anketler, kadınların % 20 ile % 60'ının şiddet hakkında kimseye bir şey söylemediğini ve çok azının sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere kurumsal yardım talep ettiğini göstermektedir. Şiddet nedeniyle yaralanan kadınların % 48'inde yaralanmaya yönelik sağlık bakımına ihtiyaç duymuş ancak bunların sadece % 36'sı sağlık bakım hizmetine başvurmuştur ( WHO 2014).

***Şiddet, özellikle kadınlar ve çocuklar için hayat boyu sürecek sağlık sorunlarına neden olabilir.***

Şiddetin ölümcül olmayan sonuçları şiddetten kaynaklanan sosyal ve sağlık yükünün en büyük kısmıdır (Tablo 2. 4. 1). Fiziksel yaralanmalar, şiddete maruziyeten kaynaklı olarak olumsuz davranışsal, bilişsel, zihinsel sağlık, cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları, kronik hastalıklar daha ağır basmaktadır (WHO 2014).

**Tablo 2 .4. 1. Şiddetin Davranışsal ve Sağlıkla İlgili Sonuçları**

Fiziksel	Davranışsal ve Ruhsal Sağlık	Cinsel sağlık ve üreme sağlığı	Kronik hastalık
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Abdominal yaralanmalar</li> <li>•Torakal yaralanmalar</li> <li>•Beyin yaralanmaları</li> <li>•Yanıklar</li> <li>•Kırıklar</li> <li>•Kesiler</li> <li>•Sakatlık</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Alkol ve uyuşturucunun kötüye kullanımı</li> <li>•Depresyon ve Anksiyete</li> <li>•Post-travmatik stres bozukluğu</li> <li>•Yeme ve uyku bozuklukları</li> <li>•Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite</li> <li>•Dışsallaştırılmış davranışlar</li> <li>•Sigara içmek</li> <li>•İntihar düşünceleri</li> <li>•İntihar davranışı</li> <li>•Güvensiz cinsel deneyimler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•İstenmeyen gebelik</li> <li>•Gebelik komplikasyonları</li> <li>•Güvensiz kürtajlar</li> <li>•Jinekolojik Bozukluklar</li> <li>•Karmaşık ağrı sendromları</li> <li>•Kronik pelvik ağrı</li> <li>•HIV</li> <li>•Diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Artrit ve astım</li> <li>•Kanser</li> <li>•Kardiyovasküler bozukluklar</li> <li>•Diyabet</li> <li>•Böbrek sorunları</li> <li>•Karaciğer hastalığı</li> <li>•İnme</li> </ul>

**Kaynak:** WHO : World Health Organization, Global Status Report in Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2014. <http://eprints.uwe.ac.uk/30034/1/GSRPV-2014.pdf>, Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.

Tüm şiddet türleri yaşam boyunca negatif sağlık sonuçları ile güçlü bağlara sahiptir. Ancak kadın ve çocuğa yönelik şiddet orantısız şekilde sağlık yükü oluşturur. Çocuğa yönelik kötü muamele mağdurlarının ve eş/ yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet yaşamış kadınların yaşamayanlara göre daha fazla sağlık sorununun olduğu, sağlık bakım masraflarının önemli oranda arttığı, yaşam boyunca daha fazla sağlık bakım hizmetlerine başvurduğu ve hastanede daha fazla, daha uzun sürede kaldığı bilinmektedir. Kadınlara ve kızlara yönelik şiddet, HIV, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve diğer üreme sağlığı sorunları için önemli bir risk faktörüdür. Kadınlara ve çocuklara yönelik şiddet, ayrıca beyni ve sinir sistemini, gastrointestinal ve genitoüriner sistemleri ve bağışıklık ve endokrin fonksiyonu etkileyen diğer olumsuz sağlık sonuçlarıyla da bağlantılıdır (WHO 2014).

Kadınlarda üreme ve cinsel sağlık sorunlarında içeren çürükler, kırık kemikler, kafa travmaları, laserasyonlar ve iç kanama, tıbbi müdahale ve hastanede kalmayı gerektiren fiziksel sorunlar ev içi şiddet olayının akut etkilerinden bazılarıdır. Özellikle hala şiddeti uygulayanlarla yaşayanlarda ise yüksek oranlarda



stres, korku ve kaygı sıkça bildirilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon şiddet mağduru olan kadınların yaşadıkları diğer ruhsal sorunlardır. Uzun vadede ise aile içi şiddet mağduriyetinin ana sonuçları, psikolojik / zihinsel sağlık sorunlarını ve kronik fiziksel sağlık sorunlarını içerir. Bir kurbanın ezici maddi kaynak eksikliği evsizliğe ve yoksulluğa neden olabilir (Alokan 2013). Suudi Arabistan'da 421 kadın üzerinde yürütülen bir çalışmada istismara uğrayan kadınlar ile genel sağlık durumu, depresyon, uykusuzluk ve somatik semptomlar arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Al Dosary 2016). Diğer bir çalışmada da kadın ve erkekte oluşan karma bir popülasyonda çalışılmış şiddetin kadın sağlığı üzerinde fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Onobumeh ve Omorogiuwa 2017).

Ülkemizde kadınların % 13'ü sağlık durumunu "kötü ya da çok kötü" olarak beyan etmektedir. Yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan kadınlar ise sağlık durumlarını maruz kalmayanlara kıyasla iki kat daha fazla "kötü ya da çok kötü" olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda şiddete maruz kalmayan kadınların son dört haftada kendilerini % 40 oranında mutsuz hissettikleri belirlenirken bu oran şiddete maruz kalanlarda % 70'tir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2015).

## **2.5. Şiddeti Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Psikiyatri hemşireleri aile bağlarını güçlendirmek ve risk altındaki çocukları belirlemek için erken müdahale konusunda birincil konumdadır. Okullar, birincil bakım kurumları, sağlık merkezleri ve toplum sağlık merkezlerinde çalışmalarını nedeni ile riskli çocuk ve ergenler ile temas halindedir. Ayrıca psikiyatri hemşireleri davranışın psikolojik, gelişimsel, sosyal ve psikiyatrik yönlerini anladığı için, toplum tabanlı müdahale programlarının potansiyel etkinliğini değerlendirebilirler (<https://www.ispn-psych.org/assets/docs/3-01-youth-violence.pdf>, Erişim tarihi: 30 Ocak 2019 ).

Temel amacı birey, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesi, sağlığın korunması ve hasta olanların tedavi, bakım ve rehabilitasyon sağlanması olan hemşirelerin, şiddet uygulayan ve şiddete uğrayan bireye yardım etmekteki yeri inkar edilemez. Çünkü, hemşireler, olası şiddet olgularının erken tanılmasında ve

şiddet eylemi gösteren ve şiddete maruz kalan bireye, gerekli müdahalelerin yapılmasında anahtar role sahiptir (Baysan Arabacı 2014).

Aile içi şiddeti tanılama ve müdahale yönündeki hemşirelik uygulamaları bu tez kapsamında halk sağlığı yaklaşımının teorik çerçevesine dayandırılmıştır. Halk sağlığı yaklaşımı epidemiyoloji bilimine dayanmaktadır, ancak tıp, psikoloji, sosyoloji ve diğer disiplinlerden gelen bilgilerden faydalanmaktadır (WHO 2002). Halk sağlığı, sağlığın iyileştirici yönlerinden ziyade önleyici yönleri ile ilgilidir ve halkla ilgili sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir (Gullotta ve Bloom 2003). 1946 yılında oluşturulan 7 Nisan 1948'de yürürlüğe giren DSÖ'nün mevcut sağlık tanımı "yalnızca hastalık veya zayıflığın yokluğu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi oluşun olması" olarak tanımlanmıştır. 1950'de DSÖ için bir tüzük oluşturma çalışmasına girilmiş ve Marie Jahoda'nın da çalışmalarına katıldığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Komisyonunun oluşturmuştur (Sirigatti 2016). Ardından 1953 yılında 'halk sağlığı' sağlığın teşvikini özel korumalar, erken tanıma ve acil tedavi, engellilik sınırlamaları ve rehabilitasyon kapsamında tanımlanmıştır. On yıl sonra, epidemiyoloji ve psikiyatri alanlarındaki kavramlar birleştirilmiş ve halk sağlığını önleme düzeylerinin 'birincil önleme', 'ikincil önleme' ve 'üçüncül önleme' olarak bölünebileceğini öne sürülmüştür (Gullotta ve Bloom 2003).

*Birincil önleme*, popülasyondaki yeni vaka sayısını azaltarak bozukluğu veya disfonksiyonu azaltmayı amaçlamaktadır (Gullotta ve Bloom 2003). Örnek olarak hemşireler, ev ziyaretlerinde bulunabilirler. Bu ziyaretlerde şiddet içermeyen davranışların önemi vurgulanmalıdır, sağlık ebeveyn çocuk iletişimi konusunda bilgi paylaşımı yapılmalıdır (Ercan Şahin ve ark. 2018).

Sağlık personelinin, özellikle de aile danışmanlığı yapan psikiyatri hemşirelerinin, çocuk yetiştirirken cinsiyet ayrımı yapılmadan eşitlikçi bir tutumla çocukların yetiştirilmesi, iş bölümünü, var olan olanaklardan kız çocukların eşit olarak yararlanmalarını ve aile içi tartışmalardan çocukların uzak tutulmasını sağlama gibi konularda, ailelerin, özellikle de kadınların eğitilmesindeki rolleri kuşkusuz yadsınmaz. Dolayısıyla hemşireler, önlemede, aile şiddetin oluşmasında etkili olan sosyal faktörleri bilen ve bunların olumlu hale getirilmesi için çalışan, kadın ve kız çocukların eğitilmesini, gelir getiren bir işte çalışmasını destekleyen,

aile içi sorunları ve bunların çözümleri için çalışan önemli bir meslek gurubudur (Baysan Arabacı 2014).

1970'lerin sonlarında, Amerikan akıl sağlığı komisyonu, birincil korumanın, insanlardaki adaptif güçler ve insandaki başetme kaynaklarını oluşturan proaktif bir yaklaşım olarak görülmesi gerektiğini ve bir popülasyondaki davranışsal sorunları önlemenin en iyi yolunun, insanları kişisel olarak donatmak ve çevresel başetme kaynaklarını arttırmak olduğunu vurgulamıştır (Gullotta ve Bloom 2003).

*İkincil önleme*, hastalığın belirti ve semptomlarını ifade eden bireylerde bir bozukluk veya işlev bozukluğu süresini azaltarak prevalansı azaltmak olarak tanımlanmıştır (Gullotta ve Bloom 2003). Bu aşamada hemşire, şiddete uğrayan kadın ile temas kurmalı kadının erken dönemde gereksinim duyduğu sağlık bakımı alması sağlamalıdır (Ercan Şahin ve ark. 2018).

Gerek kliniklerde, gerek polikliniklerde veya acil servislerde, gerekse ev ziyaretlerinde hemşireler, öncelikle risk guruplarını belirleyerek, şiddet uygulayan ve şiddete uğrayan birey ile güven verici bir ilişki kurabilir. Daha sonra dikkatli öykü ve gözlemlerle şiddet için riskli bireyleri tanımlayabilir.

Şiddete maruz kalan bireyler, toplumdan dışlanma toplum tarafından yadırganma veya etiketlenme endişesiyle, genellikle içinde buldukları durumu bir sorun olarak görmeyerek, gizleme az bilgi verme eğiliminde olurlar. Bu da durumun fark edilmemesine veya teşhis edilmemesine ya da yanlış teşhis edilmesine neden olarak şiddet sürecini gizlemektedir. Gizli kalan her olgu ise, şiddet zincirinin uzamasına neden olmaktadır. Bu nedenle tanımlamada; hemşireler, şiddet varlığından şüphelendiği durumlarda, şiddet uygulayanı ve/veya mağduru destekleyerek, yargılamadan, suçlamadan ona doğrudan sorular sormak suretiyle olayı anlatması için fırsat vermeli, cesaretlendirmelidir (Baysan-Arabacı 2014).

Şiddet uygulayan ve şiddete maruz kalan bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bakımı ve daha fazla hasara karşı güvenliği sağlanır. Şiddete maruz kalan bireyin fiziksel yaralarının bakımı tedavisi yapılarak, doğru ve kapsamlı kayıtları tutulur. Kriz anında, mağdurun travmayla ilgili öfke, suçluluk, korku, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duygularını ifade etmesi desteklenerek, sorunlarının farkına varılması

sağlanıp, ruh sağlığı açısından önemli olan problem çözüme becerisi geliştirilir. Ayrıca uyku bozukluğu psikosomatik belirtiler, intihar riski gibi durumlar değerlendirilerek, tedavi için ilgili uzmana yönlendirme yapılır (Baysan Arabacı 2014).

*Üçüncül önleme*, tekrarlama riskini azaltarak prevalansın azaltılmasını içermiştir (Gullotta ve Bloom 2003). Bu aşamada hemşire şiddete uğrayan kadının bağımsız rollerini güçlendirmeye teşvik etmelidir (Ercan Şahin ve ark. 2018).

Sağlık personeli, bireye değer veren ilgili, sorunlarını paylaşma ve yardım edici bir yaklaşımla şiddete maruz kalan kişinin bireysel ve çevresel potansiyelini değerlendirerek, onu direnme, kendini koruma ve ilişkiyi sonlandırma yönünde karar almaya cesaretlendirebilir (Baysan Arabacı 2014). Ek olarak, çocuk, ergen, genç yetişkin, aileler ve toplum ile çalışan psikiyatri hemşireleri şiddet sonrası kanıta dayalı müdahale programları geliştirmeli ve uygulamalıdır (<https://www.ispn-psych.org/assets/docs/3-01-youth-violence.pdf>, Erişim tarihi: 30 Ocak 2019).

Çocuk ve Ergen Psikiyatri Hemşireliği Derneği (The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses-ACAPN) ve Uluslararası Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Birliği (International Society of Psychiatric Mental Health Nurses –ISPN) konu ile ilgili 2014 yılında yayınladığı bildirisinde şu noktalarda uygulamaya çağrıda bulunmuştur: Hem şiddet mağdurunu hem de uygulayıcıyı birinci basamak sağlık kurumlarında erken tanılayın ve müdahaleyi değerlendirin. Kendine ya da başkalarına yönelik şiddet davranışı sergileyen riskli çocuklar için erken ev ve aile müdahale hizmetleri uygulayın. Gelişimsel olarak gecikmiş, nörolojik bozukluğu olan uyuşturucuya maruz kalmış (0-5 yaş) ve kendi ailelerinde olan çocuklar için ulaşılabilir ve ucuz hizmetler sağlayın. Kendine ya da başkalarına şiddet davranışı riski olan çocukların aileleri için kanıta dayalı psikoeğitim uygulayın. Prososyal davranışları destekleyen toplumsal eğitimler sosyal medya programlarını destekleyin rehberlik sunun ve dirençli çocukları teşvik edin. Öfke yönetimi, problem çözme, çatışma çözme gibi kanıta dayalı müdahale programlarının okullarda uygulanmasını destekleyin. Sosyal destek ağlarının toplumdaki gelişimini ve şiddet mağdurlarını kapsayan hizmetler için kaynakları destekleyin (örneğin, eğlence, iş vs.). Kendine ya da başkalarına yönelik şiddet ve agresif davranış ile

ilişkili riski faktörlerini azaltmayı hedefleyen kültürel açıdan duyarlı müdahaleler geliştirmek ve dikkatli bir şekilde değerlendirmek için multidisipliner araştırmalara katılm. Kültürel açıdan tüm etnik ve sosyoekonomik geçmişten çocuk ve ailelere uygun olan değerlendirme araçları ve müdahaleler geliştirin. Sağlıklı toplumların gelişimini destekleyen politika girişimlerine katılm. Şiddeti önleme stratejilerine odaklanan çocuk, ergen ve aileler için ruh sağlığı eğitimi modülleri geliştirin ve değerlendirin. Şiddet ve antisosyal davranış ile ilişkili aşağıdaki durumları içeren değerlendirme ve tedavi için lisanlı ruh sağlığı uzmanına zamanında sevk yapın; “dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağı depresyonu, karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, bağlanma bozukluğu, aile içi şiddet, madde kullanım bozukluğu, disfonksiyonel aile, duygudurum düzensizliği, zorbalık, travma/ptravmatik stres bozukluğu.”

Aşağıdakileri hedefleyen sosyal hareketleri destekleyin;

- Irkçılık, bağnazlık, nefret suçları, çocuk istismar / ihmal, cinsel taciz ve kızların ve kadınların sömürülmesine karşı toleransı ortadan kaldırmak,
- Irk, cinsiyet, etnisite ve cinsel yönelim çeşitliliğine hoşgörü,
- Alkol tüketiminde yasal tüketim yaşını destekleyin,
- Çocukların kolaylıkla erişebildiği şiddet yönelimli medyada (film, müzik, video) bir azalma olması için savunucu olun ([https://www.ispn-  
psych.org/assets/docs/3-01-youth-violence.pdf](https://www.ispn-psych.org/assets/docs/3-01-youth-violence.pdf), Erişim tarihi: 30 Ocak 2019 ).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu alışma, sağlık eğitimi alan niversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını etkileyen faktörleri ve kişiler arası şiddetin sağlık üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlandı. Kesitsel araştırma tasarımları belli bir zaman dilimindeki verileri incelemeye odaklıdır. Çalışmada incelenen tüm olaylar tek bir veri toplama sürecince elde edilmeye çalışılır. Kesitsel araştırmalar neden- sonuç ilişkisinin aynı anda incelendiği araştırmalardır (Erdoğan ve ark. 2017).

#### 3.2. Araştırmanın Değişkenleri

##### 3.2.1. Bağımsız Değişkenler

Yaş, aile tipi, okuduğu bölüm, ortalama başarı, kiminle beraber yaşadığı, aile ile iletişim ve ilişkisinin nasıl olduğu, sürekli yaşadığı yer, ailesinin ekonomik durumu, alkol, sigara kullanıp kullanmadığı, bir sorunla karşılaştığında fkelenendiğinde ne yaptığını, kendisinin ve ailesinin psikiyatrik tedavi görüp görmediği, şiddeti yönelten kişi kim olduğu, şiddete uğradıktan sonra ne yaptığı.

##### 3.2.2. Bağımlı Değişkenler

Genel Sağlık Anketi 12, SF 36 Kısa Formu.

Bu çalışmada sosyodemografik özellikler ile şiddete Maruz Kalma Anketi zelliklerinin kıyaslanmasında “şiddete Maruz Kalma Anketi” bağımlı değişken olarak; şiddete maruz kalmanın sağlık üzerine etkisini değerlendirirken ise bağımsız değişken olarak kabul edildi.

#### 3.3. Araştırma Soruları

1. Sağlık eğitimi alan niversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddete maruz kalma sıklığı nedir?
2. Sağlık eğitimi alan niversiteli kız öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile şiddete maruz kalma puanları arasında ilişki var mıdır?

3. Şiddete maruz kalmanın kız öğrencilerin sağlığı (genel sağlık ve yaşam kalitesi) üzerine etkisi nasıldır?

#### 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, 09.04.2018-20.04.2018 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde örgün ve ikinci öğretime devam eden ve araştırma kriterlerine uygun tüm kız öğrencilerden toplandı.

#### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

*Araştırmanın evrenini:* Araştırmanın evrenini Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan 1723 kız öğrenci oluşturdu.

*Araştırmanın örneklemini;* 1723 kız öğrenciden n evren eleman sayısı biliniyorsa formülü kullanılarak

$$n = \frac{N t^2 p q}{(d^2(N-1) + t^2 p q)}$$

$$(p = 0.50, q = 1-p=0.50, t = 1.96, S(d) = 0.03 alınarak)$$

$1723 (1.96)^2 (0.50 \times 0.50) / [(0.03)^2 (1723-1) + (1.96)^2 (0.50 \times 0.50) = 659$  kız öğrencinin araştırmanın minimum örneklemini oluşturduğu belirlendi. Örnekleme fakülte ve meslek yüksekokullarındaki öğrencileri temsil edecek şekilde tabakalı örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden kız öğrenciler oluşturdu (Tablo 3. 5. 1).

**Tablo 3. 5. 1.** Fakülte ve Yüksek Okullara Göre Üniversite Okuyan Kız Öğrencilerin Örnekleme Girme Oranı

Birim Adı	Aktif örgün eğitime devam eden kız öğrenci sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme sayısı	Uygulanan anket sayısı	Eksik doldurulan anket sayısı	Örnekleme alınan öğrenci sayısı n(%)
Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	1031	1031/1723 = 0.60	659*0.60=395	453	7	446(45.82)
Sağlık Bilimleri Fakültesi	544	544/1723=0.32	659*0.32=211	443	8	435 (44.7)
Veterinerlik Fakültesi	148	148/1723=0.08	659*0.080=53	93	2	91(9.4)
<b>Toplam</b>	<b>1723</b>	<b>1</b>	<b>659</b>	<b>989</b>	<b>17</b>	<b>972</b>

### 3.6. Örneklem Seçim Kriterleri

1. Düzenli olarak okula devam etme
2. Kız öğrenci olma
3. Çalışmaya katılmayı kabul etme şeklinde belirlendi.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Şiddete Maruz Kalma Anketi (EK-2), Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK-3), Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) (EK-4) ” ile toplandı.

**Kişisel Bilgi Formu:** Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak (Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Araştırma Raporu 2007, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı Şiddet Algısı araştırması 2008, Martin Baena ve ark. 2016) hazırlanan açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan “*Kişisel Bilgi Formu*” kullanıldı. Form üniversiteye devam eden kız öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri “yaş, aile tipi, okuduğu bölüm, akademik başarı, kiminle beraber yaşadığı, aile ile iletişim ve ilişkisinin nasıl olduğu, sürekli yaşadığı yer, ailesinin ekonomik durumu, zararlı alışkanlıkları (alkol, sigara kullanıp kullanmadığı), bir sorunla karşılaştığında öfkelenildiğinde ne yaptığı,



kendisinin ve ailesinin psikiyatrik tedavi görüp görmediği, şiddeti yönelten kişinin kim olduğu, şiddete uğradıktan sonra ne yaptığı ve sağlık sorunlarını” değerlendiren toplam 20 sorudan oluştu.

**Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA):** Kız öğrencilerin şiddete maruziyet ve şiddete tanık olma biçimlerinin sıklığını değerlendiren bir ankettir. Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirildi (Singer ve ark. 1999, Kaya ve Bilgin 2012, Martin Baena ve ark. 2016). Anket psikolojik şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde, fiziksel şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde ve cinsel şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde olmak üzere, likert tipinde (0 hiçbir zaman;3 hemen hemen her gün) puanlanan 6 maddeden oluşmaktadır.

Açımlayıcı faktör analizi, test geliştirmede ya da test geliştirmek için deneyim elde etme çabasının ilk evrelerinde yapı geçerliliğini sınamak için oldukça kullanışlı olabilmektedir (Çokluk ve ark. 2016). Bu nedenle araştırmacı tarafından Şiddete Maruz Kalma Anketinin yapı geçerliliği sınamak amacı ile ilk aşamada açımlayıcı faktör analizi uygulandı.

Bu aşamada veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için Kaiser Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Barlett testi uygulandı; KMO değeri 0.50 nin üzerinde olduğu ve Barlett testi de 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğu için veri seti faktör analizine uygun bulundu (KMO=0.663;  $X^2_{Barletttest}(15)=347.592, p=0.000$ ). Temel bileşen yöntemi kullanılarak sorular analiz edildi. Faktör analizinde özdeğeri 1 ve üzeri olan 1 faktör elde edildi. Faktörün özdeğeri “2.102”dir. Toplam açıklanan varyans % 51.39’dur. Literatürde açıklanan varyans oranı analize dahil değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3’ü kadar miktarının ilk olarak kapsadığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirmektedir (Büyüköztürk 2002).

Screen pilot incelendiğinde anketin, 1 faktörlü çözüme uygunluk gösterdiği ve kırılma noktasının 1. Faktörde olduğu görüldü. 1 Faktörün açıkladığı varyans oranı % 35.036’dır.

Litertürde 0.60 ve üstü yük değeri yüksek; 0.30-0.59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk 2002). Şiddete Maruz Kalma Anketinde yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda bütün maddelerin faktör yüklerinin 0.52-0.63 aralığında değişen yükler aldığı görüldü.

Şiddete Maruz Kalma Anketinin güvenilirlik analizlerinin gerçekleştirilmesinde Cronbach-Alpha Korelasyon Analizi Tekniği ve Madde Toplam Puan Korelasyonu ile iç tutarlılığı belirlendi.

Şiddete Maruz Kalma Anketinin Cronbach-Alpha iç tutarlılık katsayısı pilot çalışmada (n=544) .619, total çalışmada (n= 972) .617 olarak belirlendi. Özdamar (1999) güvenilirlik katsayısına ilişkin ölçüt değerleri 0.00-0.40 ölçek güvenilir değildir; 0.41-0.60 ölçek düşük güvenilirliktedir; 0.61-0.80 ölçek orta düzeyde güvenilirlidir; 0.81-1 ölçek yüksek düzeyde güvenilirlidir.

Madde toplam puan korelasyonları tüm maddeler için  $p=0.01$  düzeyinde anlamlı bulundu. Korelasyon değerleri “0.452-0.678” arasında değiştiği belirlendi. Kesin sınırlar olmamak ile birlikte 0.50’nin altında korelasyon zayıf, 0.50-0.70 arasında korelasyon orta, 0.70 üzeri korelasyon kuvvetli ilişki gösterir (Durmuş ve ark. 2011).

***Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36):*** 1992 yılında Ware ve Sherbourne’nun tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Aydemir ve Köroğlu 2007). SF-36 ölçeği, özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. SF-36; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelenmektedir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. SF-36 Ölçeğinin RAND sürümünde hesaplama, alt boyutları oluşturan madde/sorulara karşılık gelen yanıt değerlerinin toplamının madde/soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100’dür. 0 puan o alana özgü kötü sağlık durumunu, 100 puan ise iyi sağlık durumunu gösterir (Tablo 3. 7. 1) ([https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/scoring](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring)., Erişim tarihi: 12 Şubat 2019).

Türkçe formunu güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.732-0.761 arasında elde etmiştir (Koçyiğit ve ark.1999, Aydemir ve Köroğlu 2007).

Mevcut çalışmada alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısının 0.618-0.834 arasında değiştiği belirlendi.

**Tablo 3. 7. 1.** SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri

Soru/Madde numaraları	1, 2, 20, 22, 34, 36	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	21, 23, 26, 27, 30	24, 25, 28, 29, 31	32, 33, 35
Yanıt kategorisi – Yanıt değeri	1-100 2-75 3-50 4-25 5-0	1-0 2- 50 3-100	1-0 2-100	1-100 2-80 3-60 4-40 5-20 6-0	1-0 2-20 3-40 4-60 5-80 6-100	1-0 2-25 3-50 4-75 5-100
<b>Alt Boyutlar</b>			<b>İlgili madde/soru sayısı</b>		<b>İlgili maddeler/sorular</b>	
Fiziksel fonksiyon			10		3, 4,5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
Fiziksel rol kısıtlılığı			4		13, 14, 15, 16	
Emosyonel rol kısıtlılığı			3		17,18,19	
Canlılık/Vitalite			4		23, 27, 29, 31	
Mental Sağlık			5		24 , 25, 26, 28, 30	
Sosyal Fonksiyon			2		20, 32	
Ağrı			2		21,22	
Genel Sağlık			5		1, 33, 34, 35, 36	

**Kaynak:**Research and Development (RAND) Health.. [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html) , Erişim Tarihi:12 Şubat 2019)

**Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12):** 1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden David Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi, toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. GSA-12'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kılıç (1992, 1996, 1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Anket sorularına verilen yanıtlardan a ve b şıklarına "0", c ve d şıkları için "1" puan verilmekte ve katılımcılar 0-12 arasında puan alabilmektedir. Araştırmada "3 ve üzerinde" puan alanlar GSA-12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Cronbach's alfa değeri 0.78 olan güvenilir bir testtir. Mevcut çalışmada GSA-12'nin Cronbach's alfa değeri .87 olarak belirlendi.

### 3.8. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçlarının uygulanması 09.04.2018-13.04.2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Şiddete Maruz Kalma Anketi (EK-2), SF-36 Kısa Formu (EK-3) ve Genel Sağlık Anketi-12'nin (EK-4) örneklem seçim kriterini karşılayan öğrencilere dağıtılması ve doldurulması sağlandı.

### 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) 20.0 programında değerlendirildi  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (Tablo 3. 9. 1). Verilerin basıklık ve çarpıklık değeri değerlendirmesi sonucunda, normal dağılım göstermediği belirlendi.

**Tablo 3. 9. 1. İstatiksel Yöntemler**

Değişkenler	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Kişisel Bilgi Formu, Şiddete Maruz Kalma Anketi, Genel Sağlık Anketi -12, SF 36 Kısa Formu geçerlilik güvenilirlik analizleri	-Şiddete Maruz Kalma Anketinin geçerliği için Faktör analizi (açımlayıcı faktör analizi) ve güvenilirliği için Cronbach-Alpha Korelasyon Analizi Tekniği ve Madde Toplam Puan Korelasyonu Analizi -GSA 12 güvenilirlik için Cronbach-Alpha Korelasyon Analizi -SF-36 güvenilirlik için Cronbach-Alpha Korelasyon Analizi
-Bireysel Ailevi Özellikler - ŞMA sonuçları -GSA 12 sonuçları -SF-36 sonuçları; dağılımının değerlendirilmesi	Yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maximum değerleri, basıklık ve çarpıklık değeri
Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin şiddete maruz kalma puanı, SF-36 ve GSA-12 puanlarının kıyaslanması	Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Testi, Spearman Rho Korelasyon Analizi.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

#### Araştırmanın Sınırlılıkları;

- ✓ Kafkas üniversitesi Tıp Fakültesinden kurum izni alınamayışı nedeni ile üniversiteye bağlı sağlık eğitimi veren bir birimden veri elde edilememesi

#### Araştırmanın Genellenebilirliği;

- ✓ Araştırma sonuçları Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde sağlık eğitimi alan kız öğrencilere genellenebilir.
- ✓ Kullanılan ölçüm araçlarının boyutları doğrultusunda genellenebilir.

### 3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya başlamadan önce Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından 13/12/2017 tarihinde çalışmanın yürütülmesi için 182 sayılı Etik Kurul izni alındı (EK-6). Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde çalışmanın yürütülebilmesi için 24/01/2018 tarihinde yazılı izin alındı (EK-7), Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesinde çalışmanın yürütülebilmesi için 29/01/2018 tarihinde yazılı izin alındı (EK-8), Kafkas Üniversitesi Atatürk Sağlık Meslek Yüksekokulunda çalışmanın yürütülebilmesi için 24/01/2018 tarihinde yazılı izin alındı (EK-9), Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlilik ve güvenilirliği yapan kişilerden izin alındı (EK-10). Araştırma kapsamındaki kız öğrencilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kız öğrencilere araştırmanın yapılma amacı ve süresi açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” ilkesine uyuldu.

#### 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

**4.1.** Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular,

**4.2.** Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin şiddete maruz kalma sıklığı, SF-36 ve GSA-12 puan ortalamaları ile ilgili bulgular

**4.3.** Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular

**4.4.** Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular olmak üzere dört başlık halinde sunuldu.

#### 4.1. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Bu bölümde sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin bireysel ve ailesel özelliklerini içeren bulgulara yer verildi (Tablo 4. 1. 1, Tablo 4. 1. 2).

**Tablo 4. 1. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=972)

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mezun Olunan Lise</b>		
İmam Hatip Lisesi	45	4.6
Fen Lisesi	9	0.9
Güzel Sanatlar Lisesi	1	0.1
Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	209	21.5
<b>Anadolu Lisesi</b>	<b>531</b>	<b>54.6</b>
Düz Lise	177	18.3
<b>Okuduğunuz Bölüm</b>		
<b>Hemşirelik</b>	<b>307</b>	<b>31.6</b>
Ebelik	128	13.2
Veterinerlik	91	9.4
Anestezi	95	9.8
Yaşlı Bakımı	47	4.8
Evde Hasta Bakımı	47	4.8
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	30	3.1
İlk ve Acil Yardım	82	8.4
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	57	5.8
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	58	6.0
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	30	3.1
<b>Sınıf</b>		
<b>1. Sınıf</b>	<b>404</b>	<b>41.6</b>
2. Sınıf	352	36.2
3. Sınıf	98	10.1
4. Sınıf	102	10.5
5.Sınıf	16	1.6
<b>Kiminle Birlikte Yaşadığı</b>		
Evde Ailemle	239	24.6
Akrabalarımın Yanında	7	0.7
Evde Arkadaşım	115	11.8
<b>Yurtta</b>	<b>593</b>	<b>61.0</b>
Eksik veri	18	1.9
<b>Sürekli Yaşanılan Yer</b>		
<b>Şehir</b>	<b>567</b>	<b>58.3</b>
İlçe/Kasaba	263	27.1
Köy	142	14.6

**Tablo 4. 1. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=972) Devam

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Akademik başarı</b>		
1.50-2.0	181	18.6
<b>2.50-3.0</b>	<b>596</b>	<b>61.3</b>
3.50-4.0	195	20.1
<b>*Bir Sorunla Karşılaşıldığında/Öfkelenildiğinde Ne Yaptığı</b>		
<b>Ağlarım</b>	<b>540</b>	<b>55.6</b>
Hiç Bir Şey Yapmam	112	11.5
<b>Arkadaşlarım ile Paylaşıyorum</b>	<b>421</b>	<b>43.3</b>
Başkalarına ve Çevremdeki Eşyalara Zarar Veririm	57	5.9
Şikayet Ederim	115	11.8
Kendime Zarar Veririm	42	4.3
Öğretmenim ile Paylaşıyorum	8	0.8
Acımasızca Saldırıyorum	48	4.9
Ailem ile Paylaşıyorum	260	26.7
Bağırırım	241	24.8
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	144	14.8
<b>Hayır</b>	<b>828</b>	<b>85.2</b>
<b>Alkol/Madde Kullanımı</b>		
Evet	50	5.1
<b>Hayır</b>	<b>922</b>	<b>94.9</b>
<b>Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu</b>		
Evet	109	11.2
<b>Hayır</b>	<b>863</b>	<b>88.8</b>
<b>Ağrı Yaşama Durumu (Baş ağrısı ya da Migren, Boyun Omuz ve Sırt Ağrısı, Jinekolojik ve Fiziksel (Mide, Bağırsak ve Boşaltım))</b>		
Hiç yaşamadım	192	19.8
<b>Bir ve İkisini Yaşadım</b>	<b>607</b>	<b>62.4</b>
Üç ya da Daha Fazlasını Yaşadım	173	17.8
<b>*Şiddete Maruz Kalma Durumunda Şiddeti Yönelten Kişiler</b>		
Partner	142	17.5
Akraba	129	15.9
Arkadaş	151	18.6
Sınıf Arkadaşı	54	6.7
<b>Yabancı Biri</b>	<b>172</b>	<b>21.2</b>
Aile	140	17.2
<b>*Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yapıldığı</b>		
Hiçbirşey Yapmadım (Bu Olayı Sakladım)	123	24.1
Şiddetle Aynen Karşılık Verdim	113	22.1
Aile Bireylerinden Birisine Haber Verdim	140	27.4
<b>Arkadaşlarım ile Paylaştım</b>	<b>144</b>	<b>28.2</b>
Hocalarım/Okul İdaresi İle Paylaştım	9	1.8
Emniyet Güçlerine Haber Verdim	68	13.3

\*Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.



Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin bireysel özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının  $20.63 \pm 2.095$  olduğu, ortalama kardeş sayısının  $4.99 \pm 2.48$  olduğu, % 54.6'sının (n=531) anadolu lisesinden mezun olduğu, % 31.6'sının (n=307) hemşirelik bölümünde, % 41.6'sının (n=404) birinci sınıfta olduğu, % 61'nin (n=593) yurttan yaşadığı, %58.3'ünün (n=567) sürekli yaşadığı yerin şehir olduğu, % 61.3'ünün (n=596) akademik başarısının 2.5-3 arasında olduğu, %55.6'sının (n=540) bir sorunla karşılaştığında ağladığı, % 43.3'nün (n=421) arkadaşları ile paylaştığı, % 85.2'sinin (n=828) sigara kullanmadığı, % 94.9'nun (n=922) alkol/madde kullanmadığı, % 88.8' nin (n=863) psikiyatrik tedavi almadığı, % 62.4'ünün (n=607) bir ya da iki tür ağrı yaşadığı, % 21.2' sine (n=172) şiddeti yabancı birinin yönelttiği, % 28.2'sinin (n=144) şiddete uğradıktan sonra bu durumu arkadaşları ile paylaştığı belirlendi (Tablo 4. 1. 1).

**Tablo 4. 1. 2.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=972)

<b>Ailesel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aile Tipi</b>		
<b>Çekirdek Aile</b>	<b>744</b>	<b>76.5</b>
Geniş Aile	195	20.1
Anne/Baba Ayrı Boşanmış	33	3.4
Ailesi Yok	0	0
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Kötü	34	3.5
<b>Orta</b>	<b>782</b>	<b>80.5</b>
İyi	156	16.0
<b>Baba Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar Değil	53	5.5
Okur Yazar	55	5.7
<b>İlkokul</b>	<b>325</b>	<b>33.4</b>
Ortaokul	204	21.0
Lise	221	22.7
Üniversite	110	11.3
Lisans Üstü	4	0.4
<b>Anne Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar Değil	272	28.0
Okur Yazar	78	8.0
<b>İlkokul</b>	<b>344</b>	<b>35.4</b>
Ortaokul	147	15.1
Lise	98	10.1
Üniversite	31	3.2
Lisans Üstü	1	0.1
Eksik veri	1	0.1
<b>Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu</b>		
Evet	146	15.0
<b>Hayır</b>	<b>826</b>	<b>85.0</b>
<b>Aile ile İletişim ve İlişkiler</b>		
Kötü	15	1.6
Orta	220	22.6
<b>İyi</b>	<b>737</b>	<b>75.8</b>

Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin ailesel özellikleri incelendiğinde % 76.5'inin (n= 744) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, % 80.5'inin (n=782) aile gelirinin orta düzeyde olduğu, % 33.4 (n=325) babasının % 35.4 (n= 344) annesinin ilkokul mezunu olduğu, % 85'inin (n=826) ailesinde psikiyatri tedavisi alan birinin olmadığı ve % 75.8'inin (n=737) aile içi iletişim ve ilişkilerin iyi olduğu belirlendi (Tablo 4. 1. 2).

#### 4.2. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı, SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular

Bu bölümde sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı SF-36 ve GSA-12 puan ortalamalarını içeren bulgulara yer verildi (Tablo 4. 2. 1 ,Tablo 4. 2. 2).

**Tablo 4. 2. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ile İlgili Bulgular (n=972 )

ŞMA Maddeleri	Hiçbir zaman		Bazen		Sık Sık		Hemen hemen her gün	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta tehdit edildiniz?	760	78.2	197	20.3	8	0.8	7	0.7
2. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tehdit edildiğini gördünüz?	461	47.4	441	45.4	59	6.1	11	1.1
3. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta tokatlandınız, yumruklandınız ya da size bir cisimle vuruldu?	828	85.2	129	13.3	12	1.2	3	0.3
4. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tokatlandığını yumruklandığını ya da bir cisimle ona vurulduğunu gördünüz?	492	50.6	414	42.6	61	6.3	5	0.5
5. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta vücudunuzda dokunulmasını istemediğiniz özel bir bölgeye dokunuldu?	898	92.4	71	7.3	1	0.1	2	0.2
6.Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisini vücudunda dokunulmasını istenmediği özel bir bölgesine dokunulduğunu gördünüz?	783	80.5	167	17.2	18	1.9	4	0.4

Tablo 4. 2. 1'e göre sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin % 21.8'inin (n=212) sözel şiddete maruz kaldığı % 52.6'sının (n=511) tanıklık ettiği, % 14.8'inin (n=144) fiziksel şiddete maruz kaldığı % 49.4'ünün (n= 480) tanıklık ettiği, % 7.6'sının (n=74) cinsel şiddete maruz kaldığı % 19.5'inin (n=189) ise tanık olduğu belirlendi.

**Tablo 4. 2. 2.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular

	<b>n</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>SF-36</b>	<b>972</b>			
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>972</b>	<b>81.29±17.78</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Ağrı	972	73.35±20.00	10	100
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	972	69.65±36.95	0	100
Sosyal Fonksiyon	972	63.59±25.11	0	100
Mental Sağlık	972	60.87±18.07	0	100
<b>Emosyonel Rol Kısıtlılığı</b>	<b>972</b>	<b>50.00±42.34</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Canlılık	972	52.52±20.51	0	100
Genel Sağlık	972	57.49±17.06	5	100
GSA-12	972	3.10±0.10	0	12

*n*: Örneklem sayısı  $\bar{X}$ : Ortalama; SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük puan ortalamasının Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt boyutunda olduğu (50.00±42.34), bunu artan puan ortalamaları ile Canlılık, Genel Sağlık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Ağrı alt boyutlarının izlediği ve en yüksek puan ortalamasının Fiziksel Fonksiyon alt boyutunda (81.29±17.78) olduğu görüldü. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) puan ortalamasının 3.10±0.10 olduğu belirlendi (Tablo 4. 2. 2).

### 4.3. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Bu bölümde sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin bireysel ve ailesel özellikleri ile ŞMA puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili bulgulara yer verildi (Tablo 4. 3. 1, Tablo 4. 3. 2, Tablo 4. 3. 3, Tablo 4. 3. 4).

**Tablo 4. 3. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Bireysel Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$		r	p
Yaş	971	20.69±2.03		0.084	<b>0.009**</b>
Kardeş Sayısı	972	4.99±2.48		0.055	0.086
Akademik başarı	972	2.01±0.62		0.015	0.648
	n	Mean Rank	Z	KWX <sup>2</sup> /sd	p
Mezun Olunan Lise					
Düz Lise	717	495.31	-1.677		0.094
Meslek Lisesi	255	461.73			
Okuduğunuz Bölüm					
Hemşirelik	307	500.24			
Ebelik	128	523.13			
Veterinerlik	91	465.26			
Anestezi	95	513.14			
Yaşlı Bakımı	47	490.77		20.723/10	<b>0.023*</b>
Evde Hasta Bakımı	47	417.48			
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	30	393.45			
İlk ve Acil Yardım	82	456.71			
Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik	57	406.84			
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	58	556.76			
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	30	461.08			
Sınıf					
1. Sınıf	404	436.43			
2. Sınıf	352	526.01			
3. Sınıf	98	517.19		23.898/4	<b>0.000**</b>
4. Sınıf	102	506.09			
5. Sınıf	16	568.81			

n: Örneklem sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, r: Spearman Rho Korelasyon Analizi, Z : Mann-Whitney U Testi, KW<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik derecesi, \* p<0.05, \*\* p<0.01

**Tablo 4. 3. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular (Devam)

Bireysel Özellikler	n	Mean Rank	Z	KWX <sup>2</sup> /sd	p
<b>Kiminle Birlikte Yaşadığı</b>					
Evde Ailemle	239	471.87			
Akrabalarımın Yanında	7	536.64		0.561/3	0.905
Evde Arkadaşım	115	486.20			
Yurtta	593	477.39			
<b>Sürekli Yaşanılan Yer</b>					
Şehir	567	501.94			
İlçe/Kasaba	263	481.00		6.889/2	<b>0.032*</b>
Köy	142	435.02			
<b>Sigara Kullanımı</b>					
Evet	144	557.92	-3.382		<b>0.001**</b>
Hayır	828	474.08			
<b>Alkol/Madde Kullanımı</b>					
Evet	50	608.38	-3.222		<b>0.001**</b>
Hayır	922	479.89			
<b>Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu</b>					
Evet	109	615.73	-5.214		<b>0.000**</b>
Hayır	863	470.18			
<b>Ağrı Yaşama Durumu</b>					
Hiç yaşamadım	192	435.58			
Bir ve İkisini Yaşadım	607	474.90		29.366/2	<b>0.000**</b>
Üç ya da Daha Fazlasını Yaşadım	173	583.72			
<b>Şiddetin Türü</b>					
Aile/Yakın Arkadaş/Partner	284	194.76	-3.659		<b>0.000**</b>
Toplumsal	83	147.17			

n: Örneklem sayısı, Z : Mann-Whitney U Testi, KWX<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik derecesi, \* p<0.05, \*\* p<0.01

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki ilişkisi incelendiğinde pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu (p<0.01), kardeş sayısı ve akademik başarı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0.05, Tablo 4. 3. 1).

Mezun olunan lise türü ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Okunan bölüm ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlendi (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda; anlamlılığın gruplar arasında kaybolduğu görüldü. Sınıf düzeyi ve ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu

belirlendi ( $p<0.01$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda birinci ve ikinci sınıf arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p=0.000$ ; Tablo 4. 3. 1).

Kiminle birlikte yaşadığı ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ). Sürekli yaşanan yer ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda, yaşam yeri köy ve şehir olanlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p=0.028$ ). Sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ). Ağrı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda farkın “ hiç yaşamayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar ( $p=0.000$ ) ve bir-ikisini yaşayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar ( $p=0.000$ )” arasında olduğu belirlendi. Şiddetin türü ile ŞMA puanı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ;Tablo 4. 3. 1).

**Tablo 4. 3. 2.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Bir Sorunla Karşılaştığında / Öfkelenildiğinde Ne Yaptığı ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Bireysel Özellikler	n	Mean Rank	Z	p
<b>Bir Sorunla Karşılaştığında / Öfkelenildiğinde Ne Yaptığı</b>				
<b>Ağlarım</b>				
Evet	540	487.52	-0.129	0.897
Hayır	432	485.23		
<b>Hiç Bir Şey Yapmam</b>				
Evet	112	497.86	-0.465	0.642
Hayır	860	485.02		
<b>Arkadaşlarım ile Paylaşırım</b>				
Evet	421	480.31	-0.614	0.539
Hayır	551	491.23		
<b>Başkalarına ve Çevremdeki Eşyalara Zarar Veririm</b>				
Evet	57	591.74	-2.982	<b>0.003**</b>
Hayır	915	479.94		
<b>Şikayet Ederim</b>				
Evet	115	531.59	-1.875	0.061
Hayır	857	480.45		
<b>Kendime Zarar Veririm</b>				
Evet	42	596.06	-2.643	<b>0.008**</b>
Hayır	930	481.55		
<b>Öğretmenim ile Paylaşırım</b>				
Evet	8	688.44	-2.088	<b>0.037*</b>
Hayır	964	484.82		
<b>Acımasızca Saldırım</b>				
Evet	48	652.03	-4.283	<b>0.000**</b>
Hayır	924	477.90		
<b>Ailem ile Paylaşırım</b>				
Evet	260	479.35	-0.490	0.624
Hayır	712	489.11		
<b>Bağırırım</b>				
Evet	241	529.84	-2.825	<b>0.005**</b>
Hayır	731	472.21		

n: Örneklem sayısı, Z : Mann-Whitney U Testi, \* p<0.05, \*\* p<0.01

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bir sorunla karşılaştığında /öfkelenildiğinde ne yaptığı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; başkalarına ve çevresindeki eşyalara zarar verme, kendine zarar verme, acımasızca saldırma, bağırma ve öğretmenle paylaşma ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken (p<0.01; p<0.05); ağlama, hiçbir şey yapmama, arkadaş ile paylaşma, şikayet etme ve aile ile paylaşma ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi (p>0.05; Tablo 4. 3. 2).



**Tablo 4. 3. 3.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yaptığına İlişkin Özellikler ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Bireysel Özellikler	n	Mean Rank	Z	p
<b>Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yapıldığı</b>				
<b>Hiçbirşey Yapmadım</b>				
Evet	123	284.22	-2.471	<b>0.013*</b>
Hayır	388	247.06		
<b>Şiddetle Aynen Karşılık Verdim</b>				
Evet	113	281.78	-2.137	<b>0.033*</b>
Hayır	398	248.68		
<b>Aile Bireylerinden Birisine Haber Verdim</b>				
Evet	140	253.71	-0.219	0.827
Hayır	371	256.87		
<b>Arkadaşlarım ile Paylaştım</b>				
Evet	144	246.95	-0.882	0.378
Hayır	367	259.95		
<b>Hocalarım/Okul İdaresi İle Paylaştım</b>				
Evet	9	311.33	-1.152	0.249
Hayır	502	255.01		
<b>Emniyet Güçlerine Haber Verdim</b>				
Evet	68	248.76	-0.441	0.659
Hayır	443	257.11		

n: Örneklem sayısı, Z: Mann-Whitney U Testi, \*p<0.05

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin şiddete uğradıktan sonra ne yaptığı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; hiç bir şey yapmama ve şiddetle karşılık verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken ( $p<0.05$ ); aile, okul/öğretmenler, arkadaşlar ile paylaşma ve emniyet güçlerine verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ; Tablo 4. 3. 3).

**Tablo 4. 3. 4.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

<b>Ailesel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>KWX<sup>2</sup>/sd</b>	<b>p</b>
<b>Ailesel Özellikler</b>	<b>n</b>			
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek Aile	744	482.98		
Geniş Aile	195	490.43	1.536/2	0.464
Anne/Baba Ayrı Boşanmış	33	542.55		
Ailesi Yok	0			
<b>Aile Gelir Durumu</b>				
Kötü	34	596.66		
Orta	782	484.76	3.332/2	0.189
İyi	156	477.12		
<b>Baba Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar Değil	53	491.88		
Okur Yazar	55	537.08		
İlkokul	325	488.54	4.373/5	0.497
Ortaokul	204	481.83		
Lise	221	462.57		
Lisans ve Lisans Üstü	114	508.51		
<b>Anne Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar Değil	272	491.16		
Okur Yazar	78	536.06		
İlkokul	344	478.18	4.052/5	0.542
Ortaokul	147	480.60		
Lise	98	483.33		
Lisans ve Lisans Üstü	32	437.20		
<b>Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu</b>				
Evet	146	586.10	-4.754	<b>0.000**</b>
Hayır	826	468.90		
<b>Aile ile İletişim ve İlişkiler</b>				
Kötü	15	806.87		
Orta	220	564.89	47.090/2	<b>0.000**</b>
İyi	737	456.58		

n: Örneklem sayısı, KW<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik derecesi, \*\* p<0.01

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ailesel özellikleri ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; aile tipi, aile gelir durumu, baba ve anne eğitim durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Ailede psikiyatrik tedavi alma durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0.01). Ailede iletişim ve ilişkiler ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0.01). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda, ailede iletişim ve ilişkilerin iyi olduğu grup ile kötü arasında

( $p=0.000$ ) ; iyi olan grup ile orta olan grup arasında ( $p=0.000$ ) ve orta olan grup ile kötü olan grup arasında ( $p=0.003$ ) anlamlı bir fark olduğu belirlendi (Tablo 4. 3. 4).

#### 4.4. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 ve GSA-12 puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili bulgulara yer verildi (Tablo 4. 4. 1, Tablo 4. 4. 2).

**Tablo 4. 4. 1.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin ŞMA Puanları ile SF-36 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

SF-36	n	$\bar{X} \pm SS$	r	p
Fiziksel Fonksiyon	972	81.29±17.78	-0.115	<b>0.001**</b>
Ağrı	972	73.35±20.00	-0.218	<b>0.001**</b>
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	972	69.65±36.95	-0.203	<b>0.001**</b>
Sosyal Fonksiyon	972	63.59±25.11	-0.261	<b>0.001**</b>
Mental Sağlık	972	60.87±18.07	-0.173	<b>0.001**</b>
Canlılık	972	52.52±20.51	-0.160	<b>0.001**</b>
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	972	50.00±42.34	-0.235	<b>0.001**</b>
Genel Sağlık	972	57.49±17.06	-0.206	<b>0.001**</b>

n: örneklem sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, r: Spearman Rho Korelasyon Analizi, \*\*  $p<0.01$

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık, Canlılık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık arasında (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) ve Sosyal Fonksiyon arasında (negatif yönde zayıf düzeyde) anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ; Tablo 4. 4. 1).

**Tablo 4.4.2.** Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin ŞMA Puanları ile GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

GSA-12	n	Mean Rank	Z	p
Distres Yok (<3)	628	450.70	-5.491	<b>0.000**</b>
Distres Var (>3)	344	551.85		

n: Örneklem sayısı, Z : Mann-Whitney U Testi, \*\*  $p<0.01$

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile GSA-12 puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; GSA-12 ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ; Tablo 4. 4. 2).

## 5. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü;

- 5.1 . Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin şiddet deneyimleri, şiddete maruz kalma sıklığı, SF-36 ve GSA-12 puan ortalamaları ile ilgili bulguların tartışılması,
- 5.2 . Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
- 5.3 . Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması olmak üzere üç başlık halinde sunuldu.

### 5.1. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddet Deneyimleri, Şiddete Maruz Kalma Sıklığı, SF-36 ve GSA-12 Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Mevcut araştırmada öğrencilerin % 21.8'inin sözel şiddete maruz kaldığı % 52.6'sının tanıklık ettiği, % 14.8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı % 49.4'ünün tanıklık ettiği, % 7.6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı % 19.5'inin ise tanık olduğu belirlendi (Tablo 4. 2. 1). Şiddete maruz kalan her beş öğrenciden biri (% 21.2) şiddete yabancı biri tarafından maruz kaldığını, bunu arkadaş (% 18.6) ve ailenin (% 17.2) takip ettiği belirlendi ( Tablo 4. 1. 1).

Koyuncu Kütük ve ark. (2018) Adıyaman Üniversitesi'nde öğrenim gören, 848 kadın üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmalarının sonuçlarına göre; flört şiddetinde fiziksel şiddet % 3.7, psikolojik şiddet % 24.8 olarak bulunmuş, flört dışı şiddet fiziksel % 10.4, psikolojik % 27.9 olarak bulunmuştur. Flört dışı şiddetin alt kategorisinde ise birinci derecede ailenin uygulamış olduğu fiziksel şiddet % 64.7 psikolojik şiddet % 42, tanıdık kimselerden fiziksel şiddet % 29.6, psikolojik şiddet % 44.5 ve son olarak tanımadık kimselerden fiziksel şiddet % 5.7, psikolojik şiddet % 13.5 olarak bulunmuştur. Hayatları boyunca cinsel şiddete uğrama oranı % 2.9 olarak belirlenmiştir.

Karatay ve ark. (2018) bir üniversitede öğrenim gören ve yurttan kalan öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre örneklemin % 63.3'ü kadınlardan oluşmaktadır. Öğrencilerin % 28.6'sının romantik ilişkisinde şiddete maruz kaldığı, maruz kalınan şiddetin % 30.8'inin sözel, %23.8'inin duygusal, % 13.4'ünün fiziksel ve % 7.1'inin cinsel şiddet olduğu belirlenmiştir.

Tezel Şahin ve Özyürek (2014) iki üniversitenin iki ayrı bölümünde öğrenimine devam eden öğrencilerde yapmış olduğu araştırmalarında öğrencilerin % 60.71'inin çevrelerinde bir şiddet olayına tanık olduklarını belirtmişlerdir. Tanık olunan şiddet türlerinin yüzdesi ilk olarak sözel şiddet % 59.40, fiziksel şiddet % 28.88, duygusal şiddet % 10.90 ve cinsel şiddet % 0.82 olarak bulunmuştur. Karabulutlu (2015) bir üniversitede öğrenim gören üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin % 18.2'si (% 14.5'i kız) fiziksel, % 24.5'i (% 20' si kız) duygusal ve % 2.7'si (tamamı kız) cinsel şiddete maruz kaldığını, fiziksel şiddeti çoğunlukla aile içinden, duygusal şiddeti yaklaşık

yarısı partnerinden, cinsel şiddeti yarıdan fazlası tanımadığı insanlardan, üçte biri ise partnerinden gördüğünü belirtmiştir.

Dağlar ve ark. (2017) bir üniversitede öğrenim gören hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmanın sonucuna göre öğrencilerin % 61.1'i şiddete tanık olmuştur. Tanıklık ettikleri alanlar sırası ile görsel ve yazılı basın, oturdukları çevre ve ailedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2015) Türkiye geneli 15-59 yaş 7462 kadına yapmış olduğu çalışmada eşi veya birlikte olduğu erkekler dışındaki kişilerin fiziksel, cinsel şiddetine ve duygusal şiddetine/istismarına maruz kalmış kadınların oranı fiziksel şiddet % 14.0, cinsel şiddet % 2.9, fiziksel ve/veya cinsel şiddet % 15.8, duygusal şiddet/istismar % 22.4 olarak bulmuştur.

Gölge ve ark. (2013) yapmış olduğu çalışmada cinsel saldırı iddiası ile adli kontrole alınan kadınları ele almıştır. Kadınların yaş ortalaması 20.6'dır. Çoğu bir tanıdık tarafından (% 76.5) cinsel şiddete maruz kalmıştır. Saldırganla yakınlık derecesini incelediğinde; çoğunlukla eş/partner, aile, akraba gibi güvene dayalı ilişkilerin yer aldığı bireyler olduğu görülmüştür.

Avrupa ülkelerinde son 12 ayda 12 milyon kadının fiziksel şiddet ve 3.2 milyon kadının cinsel şiddete maruz kaldığı her üç kadından birinin fiziksel ya da cinsel şiddeti 15 yaşından beri yaşadığı tahmin edilmektedir. Sorunun kapsamının değerlendirildiği Avrupa Birliği Temel Haklar Ajansı (European Union Agency For Fundamental Rights, FRA) (2015) araştırmasında çalışma Avrupa Birliğine üye 28 ülke arasında yürütülmüş; 18-74 yaş aralığında 42.000 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Buna göre katılımcıların % 33'ünün 15 yaşından beri fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Katılımcıların % 11'i 15 yaşından beri partnerinden ya da partneri olmayan birinden cinsel şiddet yaşamaktadır. Şiddeti uygulayanların oranları ile ilgili bulgular incelendiğinde % 8'inin mevcut partneri tarafından, % 26'sının önceki partneri tarafından % 22'sinin mevcut ve / veya önceki partneri tarafından, % 22'sinin partneri olmayan biri tarafından ve % 33'ünün ise herhangi bir partner ve / veya partner olmayan biri tarafından 15 yaşından beri fiziksel ve / veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır.

Palmén ve ark. (2016) tarafından üç ülkenin kadına yönelik şiddet sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmalarında İtalya'daki kadınların % 27'sinin,

İspanya'daki kadınların % 22'sinin Türkiye'deki kadınların % 36'sının 15 yaşından itibaren eşi veya eşi olmayan bir kişiden fiziksel ve/veya cinsel şiddet ya da tehdit gördüğünü; İtalya'daki kadınların % 5'inin, İspanya ve Türkiye'de ise % 3'ünün 15 yaşından itibaren eşi olmayan bir kişiden cinsel şiddet gördüğünü belirlemişlerdir. İtalya'da kadınların % 38'i, İspanya'da % 33'ü ve Türkiye'de % 44'ü 15 yaşından itibaren eşinden herhangi bir şekilde psikolojik şiddet görmektedir. İtalya'da kadınların % 18'i, İspanya'da % 11'i ve Türkiye'de % 27'si herhangi bir şekilde tacize uğradıkları belirlenmiştir.

Martin Baena ve ark. (2016), 2013-2014 akademik yılında Valencia Üniversitesinde 18-25 yaş arası okuyan kadınlar arasında yürüttükleri çalışmanın sonuçlarına göre şiddet gören kadınların oranını % 20.6 olarak bulunmuştur. Şiddeti % 10.3'ünün yakın partnerleri, % 5.4 partner dışı biri, % 1.4 arkadaş, % 2.2 sınıf arkadaşı, % 1.1 tanınmayan biri ve % 0.7 ailesinin yönelttiği belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada şiddete maruz kalan kız öğrencilerin şiddete uğradıktan sonra yaklaşık her dört öğrenciden birinin (% 28.2) bu durumu bir arkadaşı ile paylaştığı, bu bulguyu aileden birisi ile paylaşma (% 27.4) ve hiç bir şey yapmamanın (% 24.1) takip ettiği belirlendi (Tablo 4. 1. 1).

Hatipoğlu (2010) bir üniversiteye bağlı yüksekokul ve fakültelerde öğrenim görmekte olan öğrencilerle yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre; öğrenciler şiddete maruz kaldıklarını en çok arkadaşlarına açıklamaktadırlar (%59,5). Bu çalışmanın önemli diğer bir bulgusu şiddete uğrayan üniversite öğrencilerinin bunu hiç kimse ile paylaşmadığı veya yardım talep etmediğidir. Kabasakal ve Girli (2012) bir üniversitenin eğitim fakültesinde öğrenim görmekte olan 187'si kız, 111'i erkek toplam 298 öğrenci ile yapılan çalışmada şiddetle karşılaştıklarında nasıl davrandıkları sorulmuş kız öğrencilerin ses çıkarmam diyenlerin oranı % 0, tepki gösteririm diyenlerin oranı % 66.2, ilişkimizi bitiririm diyenlerin oranı % 26, aynı şekilde tepkide bulunurum diyenlerin oranı % 7.8 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin şiddete maruz kaldıktan sonra ilk yaptıkları davranışın aynı şekilde tepki vermek olmadığı çoğunlukla bu durumu arkadaşları ile paylaşmak olduğu görülmektedir. Bu sonuç anne ve baba ile kız öğrencilerin kültürel olarak da paylaşım konusunda günümüzde sınırlı kaldıkları

şeklinde düşünülebilir. Aynı zamanda şiddete şiddet ile karşılık vermemeleri, şiddet kültürünü desteklemedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Ulusal ve uluslararası araştırmalar incelendiğinde kadına yönelik şiddet türlerinin yaygınlığı ile ilgili yapılmış araştırmaların sonuçlarına göre bu şiddet türlerinde mevcut çalışma ile de paralel şekilde, doğrudan maruz kalma yerine tanık olarak maruz kalma oranlarını yüksek olduğu görülmektedir. Doğrudan maruz kalma oranları irdelendiğinde ise en fazla sözel/duygusal/psikolojik şiddet ardından fiziksel şiddet ve son olarak cinsel şiddet geldiği belirlenmiştir. Şiddeti uygulayan kişiler irdelendiğinde ise mevcut çalışma sonuçlarında tanıdık biri (aile veya arkadaş) oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Şiddet sonrası durum ile baş etme seçeneklerinde ya paylaşma (arkadaş ve veya aile) ya da hiç bir şey yapmama çözüm olarak görülmektedir. Benzer şekilde literatürde ortaya çıkan sonuçlarda bu yöndedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, SF-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük puan ortalamasının emosyonel rol kısıtlılığı ve en yüksek puan ortalamasının fiziksel fonksiyon alt boyutunda olduğu görüldü (Tablo 4. 2. 2).

Akgül (2018)'ün yurttan ve evde kalan üniversiteli 173 kız öğrencide yaptığı çalışmasında yurttan kalanlarda en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyon en düşük puan ortalaması emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutu olarak bulunmuştur. Ailesiyle yaşayan kız öğrencilerde en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyon en düşük puan ortalaması canlılık alt boyutu olarak bulunmuştur. Tezvaran (2010) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmasında kız öğrencilere ait bulgular şu şekildedir; kız öğrencilerde en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyon en düşük puan ortalaması mental sağlık alt boyutu olarak bulunmuştur. Emamvırdı (2013) 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda öğrenim gören 597'si kız, 1088'si erkek olmak üzere toplam 1685 öğrencinin oluşturduğu çalışmada kız öğrencilerin en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyon en düşük puan ortalaması sağlığın genel algılanması alt boyutu olarak bulunmuştur. Literatür irdelendiğinde üniversiteli kız öğrencilerin fiziksel fonksiyonlarının en yüksek yaşam kalitesi bileşeni olduğu; emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık ve genel sağlık algısının en düşük yaşam kalitesi bileşenleri olduğu



görülmektedir. Mevcut çalışma sonuçları, literatür ile benzerlik göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek mekanizmalarından biri olan aile ile mesafeli olmaları mental boyutu etkilemektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin GSA-12 puan ortalamasının  $3.10 \pm 0.10$  olduğu belirlendi. GSA-12 ölçüm aracında 3 ve üzeri puan alımı ruhsal açıdan distresli olarak kabul edilmektedir. Bu sonucu mevcut çalışmadaki SF-36 sonuçları da desteklemektedir.

Kırmızıgül (2018) Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan ve/veya öğrenim gören 416 doktorun katıldığı çalışmada kadınların GSA-12 puan ortalaması  $4.06 \pm 3.88$  olarak bulunmuştur. Şentürk (2008) 2006–2007 öğrenim yılında Gölcük'te Kocaeli Üniversite'sinde öğrenim gören 536 öğrencileri ile yapılan çalışmada kız öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması  $4.0 \pm 3.4$  olarak bulunmuştur.

Martin Baena ve ark. (2016) üniversiteli kız öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmalarında öğrencilerin %58'nin GSA-12 anketinden 3 ve üzeri puan aldıklarını belirlemiştir. Martin Baena ve ark. (2018) üniversiteli kız öğrencilerde yaptığı diğer bir araştırmanın sonuçlarına göre ise öğrencilerin % 47.8'inin GSA-12 anketinden 3 ve üzeri puan aldıkları belirlenmiştir. Ulusal ve uluslararası literatür irdelendiğinde GSA-12 puan ortalamalarının üniversiteli kız öğrencilerinde 3 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışma sonuçları literatür ile bezerdir. Sosyal destek sistemlerine (aile, akraba, arkadaş) uzak olmaları, sorunlar ile çoğu kez tek başına mücadele etmeleri, yeni çevre oluşturma stresi, mezuniyet stresi, atanma stresi, kamu personeli seçme sınavı stresi, etkili faktör olabilir.

## **5.2. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin kardeş sayısı ve akademik başarı, mezun olunan lise türü, kiminle birlikte yaşadığına yönelik bireysel özellikler ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ; Tablo 4. 3. 1). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu ( $p < 0.01$ ), okunulan bölüm ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir

fark olduğu ( $p<0.05$ ) farkın gruplar arasında kaybolduğu, mean rank oranları irdelendiğinde ebelik, hemşirelik ve anestezi bölümlerinin oranlarının yüksek olduğu, sınıf düzeyi ve ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.01$ ) ve ikinci sınıfa giden öğrencilerin birinci sınıfa gidenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldığı, sürekli yaşanan yer ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ), yaşam yeri şehir olanların köy olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldığı belirlendi ( $p<0.05$ ; Tablo 4. 3. 1).

Demir ve Biçer (2017) bir üniversitenin dört farklı biriminde ilk ve son sınıfa devam eden öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin yaş, cinsiyet, kalınan yer ve yaşadığı yer ile flört şiddetine uğrama durumu arasında anlamlı fark olmadığını belirlemiştir. Hatipoğlu (2010) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmada katılımcıların önceki, şimdiki ilişkilerinde, saldırganlık ve mağduriyet düzeyleri açısından, fiziksel, duygusal, cinsel ve toplam şiddet düzeyleri yönünden, öğrenim gördükleri alanlar, büyüdükleri bölgeler kardeş sayıları arasında anlamlı bir fark belirlemedi. Aynı çalışmada büyüdükleri yer il, ilçe ve köy olarak sınıflandırıldığında ilde yetişenlerde şiddet maruziyeti daha az olarak belirlenmiştir. Kişilerin yaşama biçimlerine göre önceki ilişkilerinde partnerlerini değerlendirdiğinde, tek başına yaşayan öğrencilerin ailesi ile birlikte, yurtda ya da evde arkadaşları ile yaşayan öğrencilere kıyasla daha az oranda fiziksel, duygusal ve toplam şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şimdiki ilişkilerindeki partnerlerini değerlendirdiklerinde ise anne babası ile beraber yaşayanların önceki ilişkilerine göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve kendilerinin de daha fazla saldırgan gördüklerini belirlemişlerdir.

Tuz (2015) üniversiteli kız öğrenciler üzerinde yürüttüğü çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri alanlara göre (sağlık bilimleri, fen bilimleri, eğitim bilimleri ve sosyal bilimler) maruz kaldıkları cinsel şiddet oranı arasında anlamlı bir fark belirlemiştir. En sık cinsel şiddet maruziyetinin görüldüğü fakülte % 37,8 ile iletişim fakültesi iken % 0 ile en az cinsel şiddet maruziyetinin görüldüğü fakülte eczacılık olarak tespit edilmiştir. Tüm katılımcıların yaşa göre cinsel şiddet mağduriyet durumlarına bakıldığında, üniversitedeki kadın öğrencilerin yaşları arttıkça cinsel şiddete maruziyetlerinin arttığı tespit edilmiştir. Katılımcıların

yetiştikleri bölgeler açısından cinsel şiddete uğramaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrencilerin yaşamlarını büyük oranda geçirdikleri yerler, kırsal ve kentsel olarak sınıflandırıldığında kırsal bölgede yetişen kadın öğrencilerde cinsel şiddet mağduriyeti % 13,7 iken kentsel bölgede yetişen kadın öğrencilerde % 17,7 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların mezun oldukları lise ile cinsel şiddete uğrama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Katılımcıların yaşadıkları ortama göre cinsel şiddete uğrama düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Tarı Selçuk ve ark. (2018) bir üniversitenin hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada; öğrencilerin, yaşları ile psikolojik ve fiziksel şiddetin varlığı veya yokluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Mengo ve Black (2016) şiddet mağduru üniversite öğrencileri üzerinde yürütmüş oldukları çalışmada öğrencilerin şiddet olaylarıyla yaşadıkları deneyimlerden sonra not ortalamalarının önemli ölçüde düştüğünü belirlemiştir. Araştırma sonuçlarına yakın bir partnerinden fiziksel/sözel/cinsel şiddet deneyimi yaşayan bireylerin olay öncesine göre akademik başarı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kurt ve ark. (2017) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmada; öğrencilerin yaş, kardeş sayısı, şiddete maruz kalma ile şiddete maruz kalmama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Okuduğu fakülte ve ekonomik durum göre İlahiyat bölümü öğrencilerinin ve erkek öğrencilerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür.

Martin Baena ve ark. (2016) Valencia Üniversitesinde 18-25 yaş arası okuyan kadınlar arasında yaptıkları çalışmada kişiler arası şiddet gören ile göremeyenler arasında kaldığı yer, yaş, etnik köken, yaşam yeri, evde kalan kişi sayısı, arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Adinew ve Hagos (2017) üniversiteli kız öğrencilerinde cinsel şiddeti ele aldıkları çalışmalarında; 20-24 yaş aralığında olma, kırsal alanda yaşama ile çocukluğunda yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma arasında pozitif ilişki belirlemişlerdir. Pengpid ve Peltzer (2016) Afrika, Asya ve Amerika kıtasından 22 ülkeden 16979 üniversite öğrencisi üzerinde partner şiddeti üzerine yaptıkları çalışmalarında, kız öğrencilerin üniversitede 4. yılında olma, düşük ya da çok düşük

geliri olan bir ülkede yaşama, fiziksel ya da cinsel şiddete maruziyet ile ilişkili belirlenmiştir.

Ilyasu ve ark. (2011) üniversiteli 300 kadın öğrenci arasında cinsiyet tabanlı şiddete maruz kalmanın yaygınlığının inceledikleri çalışmalarında yaş ile cinsiyet tabanlı şiddete maruz kalma ile arasında ilişki belirlenmezken; medeni durum, okuduğu bölüm, mensubu olduğu din, oturma yeri (kampüs-kampüs dışı), etnik köken arasında anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

Koyuncu Kütük ve ark.'nın (2018) çalışmasında kadınların maruz kaldıkları şiddetin büyük çoğunlukta partner ve aileleri tarafından uygulandığı, fiziksel ve psikolojik şiddetin büyük oranda aileden akrabalarından ve tanınan kimselerden geldiği belirlenmiştir. Bu sonuçları Martin Baena ve ark. (2016), Gölge ve ark. (2013) ve Karabulutlu (2015)'de yaptıkları çalışmalarda desteklemiştir. Karabulutlu (2015)'in çalışmasında farklı olarak katılımcılar cinsel şiddete çoğunlukla tanımadıkları bireyler tarafından maruz kalmaktadır.

İlgili literatür incelendiğinde, gerek ulusal gerekse de uluslar arası literatürün çoğunlukla partner şiddeti üzerinde odaklandığı görüldü. Ulusal çalışmalarda sadece kız üniversiteli öğrenciler üzerine yapılan çalışma sayısı dikkat çekici şekilde düşüktü. Mevcut çalışma sonuçlarına göre kişiler arası şiddete maruz kalan kız öğrencilere şiddeti yöneltenlerin oranı incelendiğinde partnerden şiddet gelme oranı % 17.5'tir yaklaşık her beş şiddet mağdurundan birisi partnerinden şiddet görmektedir. Mevcut çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmalar olduğu kadar farklılık gösteren çalışmalarda mevcuttur. Bu durum kültür farklılığı, kullanılan ölçüm araçlarının farklı olması, örneklem sayılarının farklı olması ile açıklanabilir.

Mevcut çalışmada sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları ve maruz kalınan şiddetin türü ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; farkın sırası ile sigara içenlerde içmeyenlere göre, alkol/madde kullananlarda kullanmayanlara göre, psikiyatrik tedavi alanlarda almayanlara göre, aile/yakın arkadaş/partner tarafından şiddete maruz kalanların tanımadıkları birinden maruz kalanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ( $p < 0.01$ ; Tablo 4. 3. 1).

Koyuncu Kütük ve ark. (2018) bir üniversitede öğrenim gören kadın üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu araştırmada tıbbi hastalık ve/veya psikiyatrik bozukluğu bulunan öğrencilerde partner şiddeti oranı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Turhan ve ark. (2011) Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinde, üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler adlı çalışmasında sigara kullananlarda hem şiddete uğrama hem de şiddet uygulama oranının daha yüksek olduğu, alkol ve uyuşturucu madde kullananlarda ise şiddete uğrama oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Demir ve Biçer (2017) bir üniversitesinin dört farklı biriminde ilk ve son sınıflarda öğrenim gören öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin alkol ve sigara kullanma durumları ile flört şiddetine maruz kalma durumları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre flört şiddetine uğrayanların % 20.1'i alkol, % 25.5'i sigara kullandığını belirlemişlerdir. Benzer sonuçlar Hatipoğlu'nun (2010) çalışmasında da görülmektedir.

Öte taraftan Koyuncu Kütük ve ark. (2018) Adıyaman Üniversitesi'nde öğrenim gören, 18 yaş ve üzerindeki 848 kadın üniversite öğrencisi üzerinde yapmış olduğu araştırmada sigara ve alkol kullanımı açısından flört şiddetine uğrama oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Adinew ve Hagos (2017) üniversiteli kız öğrencilerinde cinsel şiddeti ele aldıkları çalışmalarında, düzenli olarak alkol tüketme ve düzenli alkol alan arkadaşlara sahip olma ile yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma arasında pozitif ilişki belirlemişlerdir. Pengpid ve Peltzer (2016) partner şiddeti üzerine yaptıkları çalışmalarında, alkol, sigara kullanma, fiziksel ya da cinsel şiddete maruziyet ile ilişkili belirlenmiştir. Bekele ve ark. (2015) çalışmalarında öyküsünde alkol ve madde kullanımı olan bireylerin cinsel şiddet ile karşılaştığı belirlenmiştir.

İlgili literatür incelendiğinde sigara alkol kullanımı, psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olma şiddete maruziyet için risk faktörü olarak görülmektedir. Özellikle çalışmaların çoğunluğun şiddetin ağır formları aile/partner tarafından uygulanmaktadır. Mevcut çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bir sorunla karşılaştığında ya da öfkelenildiğinde etkisiz baş etme biçimi (başkalarına ve çevresindeki eşyalara zarar verme, kendine zarar verme, acımasızca saldırma, bağırma) ( $p < 0.01$ ) ve etkili

baş etme biçimi (öğretmenle paylaşma) arasında anlamlı bir fark bulunduğu ( $p<0.05$ ); ŞMA puan ortalamasının başkalarına ve çevresindeki eşyalara zarar verenlerde, kendine zarar verenlerde, öğretmeni ile paylaşanlarda, acımasızca saldıranlarda istatistiksel açıdan daha fazla olduğu belirlendi ( Tablo 4. 3. 2). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin şiddete maruz kaldıktan sonra ne yaptıkları ile ŞMA puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ŞMA puanları ile hiçbir şey yapmama, şiddete aynen karşılık verme arasında anlamlı bir fark bulunduğu ( $p<0.05$ ); ŞMA puan ortalamasının hiçbir şey yapamayanların ve şiddete aynen karşılık verenlerin istatistiksel açıdan daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4. 3. 3). Bu sonuçlar şiddete daha fazla maruz kalanların, kullandıkları baş etme mekanizmalarından çoğunluğunun “etkisiz baş etme mekanizması” olduğunu göstermektedir.

Alan Dikmen ve ark. (2018) üniversitede öğrenim gören 500 kadın öğrenci üzerinde yapmış olduğu çalışmada, şiddet karşısında öğrencilerin en fazla gösterdikleri tepkilerin ağlama/ darılma/ kırılma/ konuşmama (% 56) olduğu bunu sırasıyla duruma itiraz etme % 51.6, sözle karşılık verme/bağırma % 49.6, fiziksel olarak karşılık verme % 28.6, hiç tepki vermeme/içine kapanma % 21.8 olduğu belirlenmiştir.

Er Güneri (2016) bir hemşirelik fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; şiddet gördüğünde verilen tepkileri “susma % 41.8, özür dilenmesi % 34.6, karakola gitme % 4.6 , evden ayrılma % 4.2” olarak belirlemiştir.

Karatay ve ark. (2018) üniversitede öğrenim gören ve yurttan kalan öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, duygusal ilişkisinde partnerine şiddet uyguladığında partnerin tepkisi sırasıyla; tepki vermedi % 26.8, küstü sonra gönlünü aldım % 33.9, o da bana şiddet uyguladı % 20.5, ilişkiyi bitirdi % 15.7 şeklindedir.

Mevcut çalışmaya katılan öğrencilerin en düşük oranda okul hocaları/idare ile paylaştıkları (% 1.8) ve emniyet güçlerine haber verdikleri (% 13.3); daha çok olumsuz baş etme mekanizmasını kullandıkları görülmektedir. Bu sonuçlar üniversiteli kız öğrencilerinin bir sorunla karşılaştıklarında/öfkelenmelerinde/ şiddete maruz kaldıklarında etkili baş etme biçimlerini kullanmadıkları göstermektedir. Bu sonuç şiddete maruz kalma durumunda ne yapacağını bilmeme bu konudaki farkındalık eksikliği ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin aile tipi, aile gelir durumu, baba eğitim durumu, anne eğitim durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ; Tablo 4. 3. 4). ŞMA puanları ile ailede psikiyatrik tedavi alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunduğu ( $p<0.01$ ); ailede psikiyatrik tedavi alanların almayanlara göre, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldığı, aile ile iletişim ve ilişkiler durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.01$ ) aile ile iletişim ve ilişkileri kötü olanların orta ve iyi olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ( $p<0.01$ ; Tablo 4. 3. 4).

Kurt ve ark. (2017) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmada: öğrencilerin anne baba birlikteliği, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Öğrencilerin gelir durumlarının kötü olması ile şiddete maruz kalmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Demir ve Biçer (2017) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada aile tipi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi ile flört şiddetine uğrama durumu arasında anlamlı fark olmadığını belirlemiştir.

Hatipoğlu (2010) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmasında öğrencilerin aile tiplerine, anne eğitim düzeyine, baba eğitim düzeyine göre önceki ve şimdiki flört ilişkilerinde kendilerini ve partnerlerini değerlendirdiği fiziksel, duygusal, cinsel ve toplam şiddet düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenirken; kişilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre şimdiki ilişkilerinde hem kendini hem de partnerlerini değerlendirdikleri fiziksel şiddet düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği aile geliri düşük olan kişilerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Tuz (2015) üniversiteli kız öğrenciler üzerinde yürüttüğü çalışmasında öğrencilerin aile tiplerine, anne eğitim düzeyine, baba eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre, cinsel şiddetle karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını, kişilerin annelerinin çalışıp çalışmama durumuna göre önceki ve şimdiki cinsel şiddet öyküleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, cinsel şiddet mağduriyet öyküsü olan kadın öğrencilerden %24'ünün annesi herhangi bir işte çalışırken, %13'ü çalışmadığı veya emekli olarak hesaplanmıştır.

Tarı Selçuk ve ark. (2018) çalışmalarında; aile tipi, algılanan gelir durumu, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu ile psikolojik ve fiziksel şiddetin varlığı veya yokluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Koyuncu Kütük ve ark. (2018) anne-babalarının eğitim ve çalışma durumları ile anne-babalarının birliktelik durumu ile üniversite öğrencisi kızların flörtü tarafından şiddete uğrama ilişkisine bakıldığında, bu değişkenlerle flört tarafından şiddete maruz kalma arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Adinew ve Hagos (2017) çocukluğunda anne-baba arasındaki şiddete tanık olma, ile yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma arasında pozitif ilişki belirlemişlerdir. Öte taraftan Bekele ve ark. (2015) çalışmasında ise ebeveynlerin özellikle annenin eğitim düzeyinin yüksekliği üniversiteli kız öğrenciler arasında cinsel şiddet için koruyucu bir faktör olarak ortaya çıkmıştır.

Mevcut çalışma sonuçlarına göre katılımcıların ŞMA puanları aile tipi, geliri, anne-baba eğitim düzeyine göre farklılık göstermedi. Bu sonuç literatür ile uyumludur. Gelir durumunun düşük olması ile şiddete maruziyet arasında ilişki belirleyen farklı çalışmalar görülmüştür. Mevcut çalışmada katılımcıların çoğunluğu iyi ve orta (% 96.5) gelir düzeyine sahiptir. Bu sonuç katılımcıların gelir durumunun iyi ve orta olması ile açıklanabilir. Literatürde ailede psikiyatrik tedavi alan birilerinin olması, ailede iletişim ve ilişkilerin kötü olması ile şiddete maruz kalma konusunda çalışmaya rastlanmadı. Bu sonuçlar, ailede iletişim ve ilişkilerin kötü olmasının şiddete maruz kalmayı tetikleyen bir faktör olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Ailede psikiyatrik tedavi alan bir üyenin varlığı da aile içi bir stresör olmaktadır. Bu durum diğer faktörler ile ele alındığında şiddete maruziyet için diğer bir risk faktörü olarak ön görüldü.

### **5.3. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Anketi, SF-36 ve GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, ağrı, fiziksel rol kısıtlılığı, mental sağlık, canlılık, emosyonel rol kısıtlılığı ve genel sağlık arasında (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) ve sosyal fonksiyon arasında (negatif yönde zayıf düzeyde) anlamlı bir ilişki olduğu ve distressi olanların olmayanlara göre anlamlı



düzye de daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ( $p < 0.01$ ; Tablo 4. 4. 1, Tablo 4. 4. 2). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin diğ er önemli bir bulgusu ağ rı yaşama durumudur. Buna göre ağ rı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark oldu ğ u ( $p < 0.01$ ) üç ya da daha fazla ağ rı yaşayanların hiç yaşamayanlara ve bir-ikisini yaşayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ( $p < 0.01$ ; Tablo 4. 3. 1).

Dindaş (2008) 15–49 yaş grubundaki 6891 kadın üzerinde yürüttüğü çalışmasında, kadınların şiddet görme durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında, fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık arasında fark oldu ğ u tespit edilirken, fiziksel fonksiyon, ağ rı ve genel sağlık algısı arasında fark bulunmamıştır. Üner ve ark. (2008) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldu ğ u çalışmada ise duygusal şiddete maruz kalan öğrencilerin mental sağlık açısından risk altında oldu ğ u tespit edilmiştir.

Bulut (2013) Türkiye'nin doğusunda bir şehirde 15-49 yaş arası kadınlarda yürüttüğü çalışma sonucuna göre son bir yılda ya da tüm hayatları boyunca şiddete maruz kalmadığını ifade eden kadınların “ağ rı” hariç diğ er yaşam kalitesi boyutlarının şiddete maruz kalanlara göre yüksek oldu ğ u belirlenmiştir.

Kıvrak ve ark. (2015) Türkiye'nin doğusunda bir şehirde merkez ve köylerde yaşayan, rastgele seçilen 410 kadının verilerini değerlendirildiği çalışmada şiddete uğ ramadığını ifade eden kadınların “fiziksel işlev” boyutu haricinde diğ er boyutlarının şiddete uğ rayan kadınlara göre yüksek oldu ğ u belirlenmiştir.

Björklund ve ark. (2010) Finlandiya üniversitesinde 905 üniversite öğrencisinde şiddete maruz kalmanın sağlık üzerine ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında şiddete maruz kalmanın “psikolojik belirtiler, ruh sağlığı belirtileri ve alkol kötüye kullanımı belirtileri” üzerinde arttırıcı etkisi belirlenmiştir. Kadın şiddet mağdurlarında özellikle; genel semptomlar, abdominal semptomlar, ruh sağlığı semptomları, psikolojik semptomlar ve alkol kötüye kullanım semptomları istatistiksel açıdan daha yüksektir.

Koyuncu Kütük ve ark. (2018) bir üniversitede öğrenim gören kadın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmalarının sonuçlarına göre flörtü/flört dışı kişiler tarafından fiziksel şiddete uğ rama durumuna göre psikiyatrik bozukluk dağılımı şu şekilde bulunmuştur: tanısı yok (flört % 46.2, flört dışı % 71.8 ), travma

sonrası stres bozukluğu ( flört % 3.8, flört dışı % 1.4), anksiyete ( flört % 38.5, flört dışı % 15.5), depresyon ( flört % 11.5, flört dışı % 7.0 ), psikotik bozukluk ( flört % 0, flört dışı % 2.8 ), bipolar bozukluk ( flört % 0, flört dışı %1.4).

Alan Dikmen ve ark. (2018) üniversitede öğrenim gören kadın öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmanın sonucuna göre öğrencilerin anksiyete düzeyleri ile duygusal, sözel, cinsel ve ekonomik şiddete maruz kalma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, umutsuzluk düzeyleri ile sözel, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete maruz kalma durumları arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tuz (2015) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında flörtü tarafından cinsel şiddete uğramış kadın öğrencilerin önceki ve son altı aydaki şiddet öyküleriyle depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlemiştir.

Martin Baena ve ark. (2016) Valencia Üniversitesinde 18-25 yaş arası kız öğrenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hayatı boyunca şiddet görmüş kız öğrencilerin şiddet görmeyenlere göre daha fazla psikolojik distrese sahip olduğu sonucuna varmışlardır.

Pengpid ve Peltzer (2016) Afrika, Asya ve Amerika kıtasından 22 ülkeden 16979 üniversite öğrencisi üzerinde partner şiddeti üzerine yaptıkları çalışmalarında, kız öğrencilerde depresif ya da travma sonrası stres semptomu göstermenin, zayıf sağlık algısı, fiziksel ya da cinsel şiddete maruziyet ile ilişkili belirlenmiştir.

Agardh ve ark. (2012) Uganda'da 980 üniversite öğrencisi üzerine fiziksel şiddet ve tehdit algısının yaygınlığını, şiddet ve cinsel baskı ile anksiyete depresyon ve psikotizm belirtileri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında cinsel baskıya maruz kalma hem kadınlarda hem de erkeklerde yüksek anksiyete, depresyon ve psikotizm puanları ile ilişkili bulunmuştur. Son 12 ay içerisinde hem kadınlarda hem de erkeklerde şiddet ile tehdit edilme yüksek anksiyete, depresyon ve psikotizm puanı ile ilişkili bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruziyet erkeklerde yüksek anksiyete, depresyon ve psikotizm ile ilişkiliyken kadınlarda ilişki bulunmamıştır.

Fridh ve ark. (2014) İsveç'te 18-34 yaş arası 2624 erkek ve 3569 kadın üzerinde son bir yılda fiziksel şiddet deneyimi ve psikolojik sağlık ile ilişkisini

değerlendirdikleri çalışmalarında on erkekten birinin ve yirmi kadının birinin şiddet deneyimlediği erkeklerin daha çok toplumsal alanlarda kadınların ise evlerinde şiddete maruz kaldıkları, 18-24 yaş arası kadınların psikolojik sağlığının 25-34 yaş erkeklerinden daha kötü olduğu, en zayıf psikolojik sağlığın ise 18-21 yaş arası kadınlarda olduğunu, şiddete maruz kalan kadınların erkeklere kıyasla iki kat daha fazla psikolojik sağlık sorunları yaşadığını belirlemişlerdir. Kadınların kendi içlerinde ise fiziksel şiddete maruz kalmış kadınlar maruz kalmayanlara göre daha kötü psikolojik sağlığa sahip oldukları belirlenmiştir.

Blom (2015) İsveçli gençlerde duygusal, fiziksel, cinsel ve çoklu şiddet mağduriyetlerinde yaygınlığı, risk faktörlerini, cinsiyet farklılıkları ile şiddet mağduriyeti ile cinsel hastalık/sağlığı, cinsel risk davranışları ve ruh sağlığı arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında 15-23 yaş arası toplam 2250 genç kadın ve 920 erkek ile görüşmüştür. Her iki cinsiyette de çoklu şiddet mağduriyeti ile zayıf ruh sağlığı arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur.

Mevcut çalışma sonuçlarına göre SF-36 ölçeği tüm boyutları ile ŞMA puanı arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Aynı zamanda distresin varlığı ile de ŞMA puanları arasında ilişki vardır. Bu sonuçlara göre şiddet maruziyeti üniversiteli kız öğrencilerin yaşam kalitesini kötüleştirmekte, aynı zamanda ruhsal distresin oluşumuna katkı sunmaktadır. Çalışma sonuçları bu yönü ile literatür ile paralellik göstermektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını etkileyen faktörleri ve sağlık üzerine etkisini değerlendiren bu araştırma sonucunda;

- ✓ Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerinin şiddete maruz kalma sıklıkları incelendiğinde öğrencilerin % 21.8'inin sözel şiddete maruz kaldığı, % 52.6'sının tanıklık ettiği, % 14.8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı % 49.4'ünün tanıklık ettiği, % 7.6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı % 19.5'inin ise tanık olduğu belirlendi. Şiddete maruz kalan her beş öğrenciden biri (% 21.2) şiddete yabancı biri tarafından maruz kaldığını, bunu arkadaş (% 18.6) ve ailenin (% 17.2) takip ettiği,
- ✓ Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük puan ortalamasının Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt boyutunda olduğu (50.00±42.34), bunu artan puan ortalamaları ile Canlılık, Genel Sağlık, Mental Sağlık, Sosyal Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Ağrı alt boyutlarının izlediği ve en yüksek puan ortalamasının Fiziksel Fonksiyon alt boyutunda (81.29±17.78) olduğu,
- ✓ Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) puan ortalamasının 3.10±0.10 olduğu,
- ✓ Öğrencilerin kardeş sayısı, akademik başarı, mezun olunan lise türü, kiminle birlikte yaşadığı ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ),
- ✓ Öğrencilerin yaşı arttıkça şiddete maruz kalma düzeyinin arttığı ( $p < 0.01$ ),
- ✓ Öğrencilerin okudukları bölüm ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu anlamlılığın gruplar arasında kaybolduğu ( $p < 0.05$ ),
- ✓ Öğrencilerin sınıf düzeyi ve ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın birinci ve ikinci sınıflardan kaynaklandığı ( $p < 0.01$ ),
- ✓ Öğrencilerin sürekli yaşadıkları yer ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın yaşam yeri köy ve şehir olanlardan kaynaklandığı ( $p < 0.05$ ),

- ✓ Öğrencilerin sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.01$ ),
- ✓ Ağrı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu farkın hiç yaşamayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar ve bir-ikisini yaşayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar arasında olduğu ( $p < 0.01$ ),
- ✓ Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bir sorunla karşılaştığında /öfkelenildiğinde ne yaptığı ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olduğu; başkalarına ve çevresindeki eşyalara zarar verme, kendine zarar verme, acımasızca saldırma, bağırma ( $p < 0.01$ ) ve öğretmenle paylaşma ( $p < 0.05$ ), ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; ağlama, hiçbir şey yapmama, arkadaş ile paylaşma, şikayet etme ve aile ile paylaşma ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olmadığı ( $p > 0.05$ ),
- ✓ Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin şiddete uğradıktan sonra ne yaptığı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; hiç bir şey yapmama ve şiddetle karşılık verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.05$ ); aile, okul/öğretmenler, arkadaşlar ile paylaşma ve emniyet güçlerine haber verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olmadığı ( $p > 0.05$ ),
- ✓ Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ailesel özellikleri ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; aile tipi, aile gelir durumu, baba ve anne eğitim durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p > 0.05$ ); Ailede psikiyatrik tedavi alma durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p < 0.01$ ). Ailede iletişim ve ilişkiler ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; farkın ailede iletişim ve ilişkilerin iyi olduğu grup ile kötü arasında; iyi olan grup ile orta olan grup arasında ve orta olan grup ile kötü olan grup arasında olduğu ( $p < 0.01$ ),
- ✓ Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık, Canlılık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık arasında (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) ve Sosyal Fonksiyon arasında (negatif yönde zayıf düzeyde) anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0.01$ ),

- ✓ Öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile GSA-12 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p < 0.01$ ).

## 6.2. Öneriler

- ✓ Bu çalışmada kız öğrencilerin şiddete daha fazla oranda tanıklık ettikleri, daha az oranda maruz kaldıkları görülmektedir. Diğer çalışmalarda öğrencilerin şiddet algısı değerlendirilmelidir.
- ✓ Şiddete tanık olduğunu/ maruz kaldığını ifade eden öğrenciler üzerinde niteliksel türde çalışmalar yapılmalıdır.
- ✓ Bu çalışmada sigara, alkol ve madde kullanan öğrencilerde şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka çalışmalarda bağımlılık yapan madde kullanan üniversite öğrencilerine yönelik olarak madde kullanımı, sağlık sonuçları, şiddete maruz kalma, şiddetten korunma, şiddet durumunda yapılacaklar konusunda bilinçlendirme yapılmalıdır.
- ✓ Bu çalışmada kız öğrencilerin ağrı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Hastane başvurularında ağrı şikayetleri şiddete maruziyet yönünden de ele alınmalıdır.
- ✓ Bu çalışmada psikiyatrik tedavi alan öğrencilerde şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Okullarda bulunan rehberlik komisyonlarında danışmanlık hizmeti alan öğrencilerde şiddete maruziyet tespit edilmesi durumunda yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Öğrencilere şiddetten korunmaları ve yeniden şiddete maruz kalmaları durumunda mücadele yolları konusunda eğitimler verilmelidir.
- ✓ Bu çalışmada kız öğrencilerin bir sorunla karşılaştıklarında/ öfkelendiklerinde/ şiddete maruz kaldıklarında çoğunlukla etkili olmayan baş etme biçimlerini kullandıkları görülmektedir. Baş etme biçimleri konusunda bilinçlendirme toplantıları, danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.
- ✓ Bu çalışmada yaşam kalitesi ile ŞMA puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki ve distresin varlığı ile ŞMA puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Şiddete maruz kalan üniversiteli öğrencilerin erken tespitine yönelik müdahale programları üzerine çalışmalar yapılmalıdır. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri kapsamında kampüs ortamı, yurtlar ve okullarda güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Üniversite öğrencilerinin boş zaman aktiviteleri arttırılmalı

ve kampüs içerisinde kişiler arası şiddet karşıtı broşür ve afişler dağıtılmalıdır. Öğrencilerin prososyal becerilerini arttırmaya yönelik grup çalışmaları (problem çözme eğitimi, stres yönetimi eğitimi, öfke kontrol eğitimi, sosyal beceri eğitimi, benlik saygısını geliştirici eğitimler) planlanmalı ve uygulanmalı ruhsal hastalığı olan öğrencilerin erken tespiti ve tedavisi sağlanmalıdır.

- ✓ Farklı değişkenler açısından ve daha büyük örneklem grupları ile konu ile ilgili çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- ✓ Bu çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen Şiddete Maruz Kalma Anket' inin diğer çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu, S, García-Moreno, C: Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*, 383(9929), 1648-1654, 2014.

Adinew YM, Hagos MA: Sexual violence against female university students in ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 19, 2017.

Agardh A, Tumwine G, Asamoah BO, Cantor-Graae E: The invisible suffering: sexual coercion, interpersonal violence, and mental health - a crosssectional study among university students in south-western uganda. *Plos One*, 7(12), 2012.

Akgül E: Yurttta Kalan ve Ailesiyle Birlikte Yaşayan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Uyku Bozuklukları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2018.

Al Dosary AH: Health impact of domestic violence against saudi women: cross sectional study. *International Journal of Health Sciences*, 10(2), 165, 2016.

Alan Dikmen H , Özaydın T, Yılmaz SD: Üniversitedeki kadın öğrencilerde yaşanan flört şiddeti ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Derg*, 9(2),170-176, 2018.

Allen JJ, Anderson CA: *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*, Sturme y P (Ed.). John Wiley & Sons Ltd. Published 2017.

Alokan FB: Domestic Violence Against Women: A Family Menace. *European Scientific Journal*, ESJ, 9(19), 2013.

Anderson CA, Bushman BJ: Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51,2002.

Anderson R, Beckles L, Fleming W: The psychological, sociological, and economic roots of violence: a multidisciplinary approach. *International Journal of Humanities and Social Science* 5(7); 1826, 2015.

Aydemir Ö, Köroğlu E (Eds): *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*.3.baskı,346-353, HBYBasım Yayım, Ankara, 2007.



Aydöner NH: Kadınlarda Şiddete Maruz Kalma Durumu İle Sosyal Destek Algısı, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkiler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Bağdatlı B: Çocuklukta Aile İçi Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış ve Kalmamış Ergenlerde, Öğrenilmiş Güçlülük ve Öfke Kontrol Düzeylerinin Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2016.

Baysan Arabacı L: Ruh Sağlığı İçin Tehdit: Şiddet. İçinde: Çam O ve Engin E (Eds.). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Bakım Sanatı s. 803- 824. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.

Bekele T, Kaso M, Gebremariam A, Deressa W :Sexual violence and associated factors among female students of madawalabu university in ethiopia. Epidemiology (sunnyvale), 5(190), 2161-1165, 2015.

Benjamin Jr A J: Aggression. Encyclopedia of Mental Health 1 pp. 33-39, 2nd Ed. Academic Press, 2016.

Björklund K, Häkkänen-Nyholm H, Huttunen T, Kunttu K: Violence victimization among finnish university students: prevalence, symptoms and healthcare usage. Social Science & Medicine, 70(9), 1416-1422, 2010.

Blom H: Violence exposure among Swedish youth.Umeå University, Faculty of Medicine, Department of Clinical Sciences, Obstetrics and Gynaecology. 2015.

Bulut İ: Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniv, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2013.

Büyüköztürk Ş: Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32(32), 470-483, 2002.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (2015). Intimate partner violence: Definitions. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>, Erişim tarihi 16 Kasım 2018.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (2016). Teen Dating Violence:Definitions.[https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teen\\_dating\\_violence.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teen_dating_violence.html), Erişim tarihi 16 Kasım 2018.

Chhabra S: Effects of societal/domestic violence on health of women. J Women's Health Reprod Med. Vol.2 No.1:6, 2018.

Çokluk Ö, Şekercioğlu, G, Büyüköztürk Ş: Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. s:177-246, Pegem Akademi, Ankara, 2016.

Dağlar G, Bilgiç D, Demirel G: Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10 (4), 220-228,2017. <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/410/259> Erişim tarihi: 10 Aralık 2018.

Demir G, Biçer S: Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine maruz kalma durumları ve etkileyen faktörler. Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 12(13), 171-188,2017.

Dindaş H: Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans, 2008.

Duran S, Ünsal G: Öğrencilerin aile içi şiddete maruz kalma oranı ile başkalarına karşı şiddet kullanımı ve saldırganlık eğilimleri arasındaki ilişki. Literatür Sempozyum Psikiyatri Nöroloji Davranış Bilimleri Dergisi, 1, 2-8, 2014.

Durmuş B, Yurtkoru ES, Çinko M: Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. 4.baskı , Beta Basım AŞ., İstanbul, 2011.

Emamvırdı R: Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Gazi Üniversitesi Örneği). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Er Güneri S: Üniversite öğrencilerinin kadına uygulanan şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Jobstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 2(2), 49-56, 2016.

Ercan Şahin N, Aslan F, Emiroğlu ON: Aile içi şiddetin önlenmesi için bir model önerisi: halk sağlığı hemşiresinin ev ziyareti ile aile izlemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5(3), 247-259,2018.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Eds): Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama, Kritik. s.104, 3.baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 2017.

Ferguson CJ, Beaver KM: Natural born killers: the genetic origins of extreme violence. *Aggression Violent Behav*,14(5): 286-94,2009.

Fidan F, Yeşil Y: Nedenleri ve sonuçları itibariyle flört şiddeti. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 04 (01), 16-24, 2018.

FRA:European Union Agency for Fundamental Rights, Violence Against Women: An EU-Wide Survey. Main Results Report, Luxembourg, 2015.

Fridh M, Lindström M, Rosvall M: Experience of Physical Violence and Mental Health Among Young Men And Women: A Population-Based Study In Sweden. *BMC public health*, 14(1), 29, 2014.

Ganley AL: Understanding domestic violence. In: Warshaw C, Ganley AL. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*. The Family Violence Prevention Fund, pp 15–45, San Francisco CA, 1995.

Goodnight JA, Wilhoit SA, Receveur A: Social Learning Theory and the Development of Aggression. In Sturmei P (Ed) *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*, p:1-13, Wiley Blacwell, 2017.

Gölge ZB ,Yavuz MF, Korkut S, Kahveci S: Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *The Bulletin of Legal Medicine* 18.3 ,82-91,2013.

Gullotta T P, Bloom M: (Eds.). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2003.

Gürhan N: İstismar/Şiddet ve İhmal Mağdurları **İçinde**: Özcan CT ve Gürhan N (Eds.) *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları*. s:694-697. Akademisyen kitapevi, Ankara, 2016.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (NEE): *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Elma Teknik Basım Matbaacılık, Ankara: Hacettepe Üniversitesi,2015.

Harding C: *Aggression and Destructiveness: Psychoanalytic Perspectives*. In: Harding C (Ed), *Aggression and Destructiveness*: Routledge, London, 2006.

Hatipoğlu ÜS: *Başkent Üniversitesi Öğrencilerinde Flört Şiddeti Prevalansı Anketi* . Başkent Üniversitesi Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara ,2010.

Huesmann LR, Taylor LD: The Role of The Mass Media in Violent Behavior. In Brownson RC (Ed.), *Annual Review of Public Health* ,Vol. 26, Annual Reviews, Palo Alto, CA, 2006.

Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH, Galadanci HS, Salihu HM: Prevalence and Correlates of Gender-Based Violence Among Female University Students In Northern Nigeria. African Journal Of Reproductive Health, 15(3), 123-133, 2011.

ISPN: International Society Of Psychiatric-Mental Health Nurses, Youth Violence and Violence Prevention, White Paper <https://www.ispn-psych.org/assets/docs/3-01-youth-violence.pdf>. Erişim tarihi: 30 Ocak 2019.

Kabasakal HZ, Girli A: Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik şiddet hakkındaki görüşlerinin, deneyimlerinin bazı değişkenler ve yaşam doyumu ile ilişkisi (Deü Buca Eğitim Fakültesi Örneği). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14( 2), 105-123, 2012.

Kanbay Y, Işık E, Yavuzaslan M, Keleş S: Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili görüş ve tutumlarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):107-119, 2012.

Karabulutlu Ö: Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin deneyimleri ve tutumları. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(1): 27-34, 2015.

Karatay M, Karatay G, Gürarlan Baş N, Baş K: Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışları. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 27(1), 62-71,2018.

Karslı N :Psiko-sosyal açıdan şiddet ve çözüm yolları. Dinbilimleri Journal, 16(3), 63-89, 2016.

Kaya F, Bilgin H: Şiddete maruz kalma ölçekleri türkçe uyarlaması: lise öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg, 13:151-157, 2012.

Kaya Sakarya A: Üniversitede Öğrenim Gören Gençlerde Flörtte Şiddet. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

Kılıç C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Ozgen G, Sagduyu A, Ozturk MO: General health questionnaire (GHQ 1 2 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , 32(6):327-331 , 1997.

Kılıç C: Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1992.

Kılıç C: Genel sağlık anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi , 7( 1), 1996.

Kırmızıgül Y: Tıp Fakültesinde Çalışan Tıp Doktorları ve Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2018.

Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak H A, Kokaçya M H, Çöpoğlu Ü S, Arı M: Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: toplum temelli çalışma. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16(5), 314-322 , 2015.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A: Kısa form-36 (KF-36)'nm türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12, 102-106, 1999.

Koyuncu Kütük E, Gümüştaş F, Almış BH: Üniversite öğrencisi kızlarda flört şiddetinin belirleyicileri ve psikiyatrik sonuçlar açısından flört dışı şiddetten farklılıkları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(2), 217-222, 2018.

Kurt G, Dönmez S, Eren Ö, Balcı E, Günay O: Üç farklı disiplinde okuyan üniversite son sınıf öğrencilerinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet algıları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10(50), 405-414, 2017.

Lachs M S, Pillemer K: Elder abuse. *The Lancet*, 364(9441), 1263-1272, 2004.

Lehrer JA, Lehrer EL, Zhao Z: Physical dating violence victimization in college women in chile. *Journal of Women's Health*, 19(5):893-902, 2010.

Martin Baena D, Mayoral O, Talavera M, Montero I: The link between violence and suicidal behavior among female university students in spain. *Journal of School Violence*, 1-10, 2018.

Martin Baena D, Talavera M, Montero-Piñar I: Interpersonal violence and health in female university students in spain. *Journal Of Nursing Scholarship*, 48(6): 561-568, 2016.

Mendes DD, Mari Jde J, Singer M, Barros GM, Mello AF: Study review of biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 31(2), 77-85, 2009.

Mengo C, Black BM: Violence victimization on a college campus: impact on gpa and school dropout. *journal of college student retention: research. Theory & Practice*, 18(2), 234-248, 2016.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı : Öğrencilerin Şiddet Algısı araştırması, Ankara, 2008.

Moglia P: Psychology & Behavioral Health. İn: Moglia P (Ed) Emotional abuse. 4th ed, pp. 647-650, Salem Press at Greyhouse Publishing, Amenia, NY, 2015.

Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, Plazaola J: Interpersonal violence and women's psychological well-being. Journal of Women's Health, 20(2), 295-301, 2011.

Moore TM, Scarpa A, Raine A: A meta-analysis of serotonin metabolite 5-hiaa and antisocial behavior. Aggressive Behavior, 28(4), 299-316, 2002.

Onobumeh M, Omorogiwa TB: The public perception of the impacts of domestic violence against women. Mediterranean Journal of Social Sciences, 8(1), 293, 2017.

Özaşçılar M: Şiddet davranışının nedenlerini açıklamada biyolojik temelli kuramların rolü. Türk Psikolojisi yazıları, 19(Özel Sayı) 16-28, 2016.

Özdamar, K: Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1. Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999.

Palmén R, Francoli N, Genova A, Göksel A, Sales L, Sansonetti S, ve Tozlu Ç, Güngör D, Öztürk A: WAVE :Şiddete Karşı Kadınlar Ağı Projesi, WAVE: Kadına Yönelik Şiddet Karşılaştırmalı Raporu: İtalya, İspanya ve Türkiye, 2016.

Pengpid S, Peltzer K: Intimate partner violence victimization and associated factors among male and female university students in 22 countries in africa, asia and the americas. African Journal Of Reproductive Health, 20(1), 29-39, 2016.

Polat Ö: Şiddet. s.30-47. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015.

RACGP: The Royal Australian College of General Practitioners Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2014. <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-in-general-practice.pdf>, Erişim tarihi : 04.02.2019.

RAND: Research and Development Health, [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html) Erişim tarihi: 12 Şubat 2019.

Rowe DC, Stever C, Chase D, Sherman S, Abramowitz A, Waldman ID: Two dopamine receptor genes related to reports of childhood retrospective inattention and conduct disorder symptoms. Mol Psychiatry, 6(4), 429-33, 2001.

Seo D, Patrick CJ, Kennealy P J: Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression And Violent Behavior*, 13(5), 383-395,2008.

Singer MI, Miller DB, Guo S, Flannery DJ, Frierson T, Slovak K: Contributors to violent behavior among elementary and middle school children. *Pediatrics*, 104(4), 878-884, 1999.

Sirigatti S: Marginal notes on ryff's vision of psychological well-being. *Psicologia Della Salute*, 1, 34-38, 2016.

Saylor.org.academy, Aggression. <https://www.saylor.org/site/wp-content/uploads/2010/11/PSYCH101-Wiki-Agression.pdf>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2019.

Şentürk M: 2006–2007 Öğrenim Yılında Gölcük'te Kocaeli Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Düzeyi, Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2008.

Tardiff KJ: Violence. **In** Hales RE and Yudofsky SC (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* 4th Ed., pp.1485-1509. American Psychiatric Publishing Washington DC, 2003.

Tarı Selçuk K, Avcı D, Mercan Y: Üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyet: flört şiddetine yönelik tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının şiddete maruziyet ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Derg*, 9(3): 302-308, 2018.

TBMM Araştırma Komisyonu Çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ile okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan (10/337,343,356,357) esas numaralı meclis araştırma komisyon raporu. MEB Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2007.

Tezel Şahin F, Özyürek A: Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik görüşleri. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (40), 2014.

Tezvaran Z: Kronik Bel ve Boyun Ağrısı Olan Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010.

Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S: Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 33-44, 2011.

Tuz M: Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi. Ankara Üniv, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2015.

Üner S, Özcebe H, Telatar TG, Tezcan S: Assessment of mental health of university students with GHQ-12. Turkish Journal of Medical Sciences, 38(5), 437-446, 2008.

Violence Prevention Initiative, Defining Violence and Abuse <https://www.gov.nl.ca/VPI/types/> Erişim tarihi : 25.01.2019.

WHO : World Health Organization, Global Status Report in Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2014. <http://eprints.uwe.ac.uk/30034/1/GSRPV-2014.pdf>, , Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.

WHO: World Health Organization Violence: A global public health problem. In E. G. Krug, L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, and R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=A7941F9355D32FEAA5890E6D9BC1D1C3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A7941F9355D32FEAA5890E6D9BC1D1C3?sequence=1), Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.

Yalçın Ö, Erdoğan A: Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri/neurobiological, psychosocial and enviromental causes of violence and aggression. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 5(4), 388, 2013.

Yazar GN: Aile İçi Kadına Yönelik Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon İle Analizi. Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, İstatistik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2018.

Yüksel Oktay E :Türkiye'nin ve dünyanın ortak sorunu: kadına şiddet. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 64,57-118, 2015.



**8. EKLER**

<b>EK-1</b>	Kişisel Bilgi Formu
<b>EK-2</b>	Şiddete Maruz Kalma Anketi
<b>EK-3</b>	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 (Kısa Formu)
<b>EK-4</b>	Genel Sağlık Anketi
<b>EK-5</b>	Etik Kurul Kararı
<b>EK-6</b>	Araştırmanın Etik Kurul Onayı
<b>EK-7</b>	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı
<b>EK-8</b>	Veterinerlik Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı
<b>EK-9</b>	Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İzin Yazısı
<b>EK-10</b>	Ölçek İzin Yazışmaları

**EK- 1****KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Sevgili arkadaşlar,

Bu çalışma, Sağlık eğitimi alan üniversiteli kız öğrencilerde kişiler arası şiddetin sıklığını, etkileyen faktörleri ve sağlık üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllük esasına dayalıdır. Bu form aracılığıyla elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederek verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

İmza:

Dr. Öğretim Üyesi Fadime KAYA

Onur SOYLU

1.Yaşınız:.....

2.Mezun olduğunuz Lise

- a)İmam Hatip Lisesi( )      b) Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ( )  
 c) Fen Lisesi( )      d) Anadolu Lisesi( )  
 e) Güzel Sanatlar Lisesi ( )      f) Düz Lise( )

3.Sınıfınız .....

4.Okuduğunuz bölüm nedir?

- a)Hemşirelik      e)Evde Hasta Bakımı      ı) Tıp  
 b)Ebelik      f)Tıbbi Laboratuvar Teknikleri      j) Veterinerlik  
 c)Anestezi      g) İlk ve Acil Yardım  
 d)Yaşlı Bakımı      h)Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik

5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- a)Evde ailemle b) Akrabalarımın yanında c) Evde arkadaşlarımla d) Yurtta  
 e) Diğer.....

6. Sürekli yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Şehir      b)İlçe/Kasaba      c) Köy

7.Hâlen devam ettiğiniz sınıfta ortalama başarınız nedir?

- a) 1.50-2.00 arası ( )      b) 2.50-3.00 arası ( )      c) 3.50- 4.00( )

8. Siz dahil toplam kaç kardeşsiniz?.....

9.Bir sorunla karşılaştığınızda ya da öfkelendiğinizde aşağıdakilerden hangisini yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Ağlarım( )      b) Şikâyet ederim ( )      c) Acımasızca saldırırım( )  
d) Hiçbir şey yapmam( )      e) Kendime Zarar veririm( )      f) Ailemle paylaşırım( )  
g) Arkadaşlarımla paylaşırım( )      h)Öğretmenimle paylaşırım ( )      ı) Bağırırım ( )  
j)Başkalarına ve çevremdeki eşyalara zarar veririm( )  
k)Diğer.....

10.Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet ( )      b) Hayır( )

11.Alkol /madde kullanıyor musunuz?

- a) Evet ( )      b)Hayır( )

12. Hiç psikiyatrik ya da psikolojik tedavi gördünüz mü?

- a) Evet ( )      b) Hayır ( )

13. Geçen yıl ya da bu yıl baş ağrısı ya da migren, boyun omuz ve sırt ağrısı, jinekolojik ve fiziksel sağlık sorunları( mide, bağırsak , boşaltım) ne sıklıkla yaşadınız?

- a) Hiç yaşamadım ( )      b)Yukarıdakilerden bir ya da ikisini yaşadım( )  
c) Yukarıdakilerden üç ya da daha fazlasını yaşadım ( )

14. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

- a) Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuklar) ( )  
b) Geniş aile (Anne, baba, çocuklar ve diğer aile bireyleri ( )  
c) Anne baba boşanmış ( )  
d) Anne baba ayrı yaşıyor ( )  
e) Ailesi yok ( )

15. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

- a) Kötü( )      b) Orta ( )      c) İyi( )

16. Anne ve babanızın öğrenim durumunu işaretleyiniz

	Okur yazar değil	Okur yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu	Lisansüstü
Baba							
Anne							



EK- 2

### ŞİDDETE MARUZ KALMA ANKETİ

Aşağıdaki soruları yanıtlayınız	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Hemen hemen her gün
1. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta tehdit edildiniz?				
2. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tehdit edildiğini gördünüz?				
3. Geçmişte veya yakın zamandane sıklıkta tokatlandınız, yumruklandınız yada size bir cisimle vuruldu?				
4. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tokatlandığını yumruklandığını ya da bir cisimle ona vurulduğunu gördünüz.				
5. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta vücudunuzda dokunulmasını istemediğiniz özel bir bölgeye dokunuldu?				
6. Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin vücudunda dokunulmasını istenmediği özel bir bölgesine dokunulduğunu gördünüz?				

## EK- 3

## SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ SF-36 (KISA FORMU)

<b>Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.</b>				
<b>1) Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız</b>				
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
<b>2) Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.</b>				
Geçen seneden çok daha iyi	Geçen seneden biraz daha iyi	Geçen sene ile aynı	Geçen seneden biraz daha kötü	Geçen seneden çok daha kötü

<b>Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar ?</b>			
<b>AKTİVİTELER</b>	<b>Evet çok kısıtlıyor</b>	<b>Evet Çok az kısıtlıyor</b>	<b>Hayır Hiç Kısıtlamıyor</b>
3) Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
4) Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
5) Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
6) Pek çok katı çıkmak	1	2	3
7) Tek katı çıkmak	1	2	3
8) Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
9) 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
10) Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
11) Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
12 Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

<b>Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?</b>		
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
13) İş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
14) İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
15) İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
16) İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2
<b>Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?</b>		
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
17) İş ya da diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu?	1	2
18) İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
19) İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

<b>20) Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?</b>					
Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Biraz	Oldukça	
<b>21) Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?</b>					
Hiç	Çok Az	Orta	Çok	İleri derecede	Çok şiddetli
<b>22) Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?</b>					
Hiç	Çok az	Orta	Çok	İleri derecede	

<b>Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.</b>						
	<b>Her Zaman</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Bir Kısım</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok Nadir</b>	<b>Hiçbir Zaman</b>
23) Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
24) Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
25) Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
27) Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
28) Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
29) Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
30) Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
31) Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

<b>32) Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?</b>				
Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlarda	Çok az zaman	Hiçbir zaman

<b>Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.</b>					
	<b>Tamamen Doğru</b>	<b>Çoğunlukla doğru</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Çoğunlukla Yanlış</b>	<b>Tamamen Yanlış</b>
33) Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
34) Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım .	1	2	3	4	5
35) Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
36) Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

**EK- 4****GENEL SAĞLIK ANKETİ-12****LÜTFEN BU AÇIKLAMAYI DİKKATLE OKUYUNUZ:**

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne ( x ) işareti koyarak cevaplayınız.

Teşekkür ederiz.

**SON ZAMANLARDA**

1) Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
2) Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
3) Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
4) Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
5) Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
6) Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
7) Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
8) Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
9) Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
10) Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
11) Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
12) Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık



EK- 5

## ETİK KURUL KARARI

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**Tıp Fakültesi**  
**(Etik Kurulu Başkanlığı)**

**ETİK KURUL KARARI**

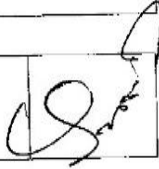
**TOPLANTI TARİHİ: 13.12.2017**

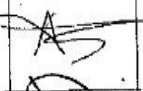



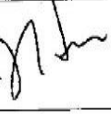
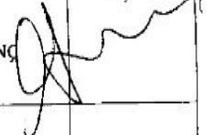

**TOPLANTI SAYISI: 2017/10**

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Doç.Dr.Barlas SÜLÜ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

**KARAR 14**

Yrd.Doç.Dr.Fadime KAYA'nın "Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi" adlı çalışması.  
 Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

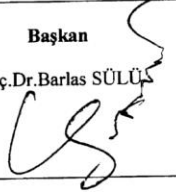
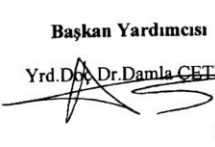
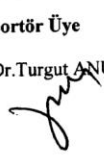
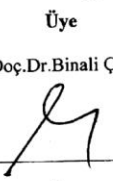
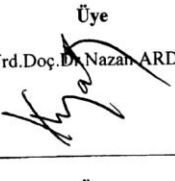
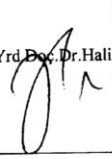
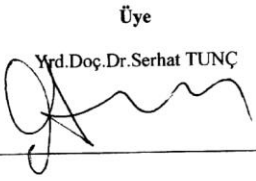
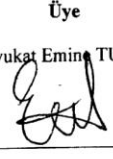
<b>Etik Kurul Başkanı</b>	<b>Doç.Dr.Barlas SÜLÜ</b>	
---------------------------	---------------------------	--

<b>Başkan Yardımcısı</b> Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		<b>Raportör Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK	
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ		<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Halil İbrahim ERDOĞDU		<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Serhat TUNÇ	
<b>Üye</b> Avukat Emine TUNA		<b>Üye</b>	

<b>Gelen Evrak No: 163</b>	<b>Karar No: 14</b>	<b>Karar Tarihi: 13.12.2017</b>
<b>Araştırmanın Adı: "Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi"</b>		
<b>Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Fadime KAYA</b>		
<b>Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Fakültesi</b>		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

**KARAR**

Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir <input type="checkbox"/>
	Düzeltilmesi Gerekir <input type="checkbox"/>	

<b>Başkan</b> Doç.Dr.Barlas SÜLÜS 	<b>Başkan Yardımcısı</b> Yrd.Doç.Dr.Damla CETİN 	<b>Raportör Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK 
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK 	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ 	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Halil İbrahim ERDOĞDU 
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Serhat TUNÇ 	<b>Üye</b> Avukat Emin TUNA 	<b>Üye</b>

EK- 6

## ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI



T.C  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 182  
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

13/12/2017

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Fadime KAYA  
Kafkas Üniversitesi Sağlık Fakültesi

“Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 13.12.2017 tarih ve 10 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç.Dr.Barlas SÜLÜ  
Etik Kurul Başkanı

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

EK- 7

## SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI İZİN YAZISI



T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 81829502-399.99-E.3254  
Konu : Onur SOYLU

24/01/2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 22.01.2018 tarih ve 10829923-030.99-3036 sayılı yazınız.

İlgi yazıya istinaden Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Fadime KAYA'nın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Onur SOYLU'nun "Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz öğrencilerine uygulayabilmesi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Engin KILIÇ  
Dekan V.



Kafkas Üniversitesi Rektörlüğü Turan Çelik Caddesi Merkez/KARS  
Telefon: (474) 225 11 50 Faks: (474) 225 11 61 E-Posta: info@kafkas.edu.tr  
www.kafkas.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Çetin YILDIZ  
Tel: 3252 E-Posta: sb@kafkas.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Engin KILIÇ tarafından 24.01.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır.  
Fuzûnuzı <http://194.77.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden E61D49ADX1 kodu ile doğrulayabilirsiniz

EK- 8

## VETERİNERLİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI İZİN YAZISI



T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
Veteriner Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 56028163-929.99-E.3768  
Konu : Onur SOYLU

29/01/2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: Üniversitemiz Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 22.01.2018 tarih ve E.3036 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Üniversitemiz Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fadime KAYA'nın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Onur SOYLU'nun Fakültemizde tez çalışması yapma isteği Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

*e-İmza*

Prof. Dr. Hasan ÖZEN  
Dekan V.



Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dekanlığı Paşapayır Kampüsü  
Merkez/KARS  
Telefon: (474) 242 68 36 Faks: (474) 242 68 53 E-Posta:vetfak@kafkas.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Hatice EFE  
Tel: E-Posta:

Bu belge 5076 www.kafkas.edu.tr/vetfakuma göre Prof. Dr. Hasan ÖZEN tarafından 29.01.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır.  
Evrakınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 74C9CF83XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK- 9

**ATATÜRK SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU İZİN  
YAZISI**



T.C.  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokul Müdürlüğü

Sayı : 10120000-399.99-E.3229  
Konu: Onur SOYLU

24/01/2018

**REKTÖRLÜK MAKAMINA**  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 18.01.2018 tarih ve 78466345-E.2444 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazılarınıza istinaden, Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Fadime KAYA'nın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Onur SOYLU'nun Yüksekokulumuzda tez çalışması yapma talebi Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman GÜĞRBÜZ  
Yüksekokul Müdür V.



: Kafkas Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu 36100 KARS Ayrıntılı Bilgi İçin: Tuncel SENCİR  
m: 0 (474) 242 68 42 Fax: 0 (474) 242 68 41  
onik Ağ: www.kafkas.edu.tr 0 (474) 242 68 42 /5016

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman GURBUZ tarafından 24.01.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Fuzayınızı <http://194.77.41.38/F-Imza/De-fault.aspx> linkinden 4A668123XA kodlu ile doğrulayabilirsiniz

EK- 10

## ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI

10.12.2018

Posta - onur soylu - Outlook

Re:

Cengizk &lt;cengizk@hacettepe.edu.tr&gt;

Per 16.11.2017, 23:32

Kime: onur soylu &lt;onur.soylu1@outlook.com&gt;

Tabii ki kullanabilirsin  
Olcege ihtiyac varsa bildir lutfen  
C Kilic

iPhone

On Nov 16, 2017, at 10:15 PM, onur soylu <[onur.soylu1@outlook.com](mailto:onur.soylu1@outlook.com)> wrote:

Sayın hocam,

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği anabilim  
dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

"Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık  
Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğimi  
yapmış olduğunuz Genel Sağlık Anketi-12 kullanabilir miyim?

Saygılarımla

Onur SOYLU  
GSM:05442077044  
e-mail: [onur.soylu1@outlook.com](mailto:onur.soylu1@outlook.com)

10.12.2018

Posia - onur soylu - Outlook

**(Konu yok)**

onur soylu

Per 16.11.2017, 23:24

Kime: drhikmet@hotmail.com &lt;drhikmet@hotmail.com&gt;

Sayın hocam,

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

"Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanabilir miyim?

Saygılarımla

Onur SOYLU

GSM:05442077044

e-mail: onur.soylu1@outlook.com



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Kars'ta doğmuştur. İlk, ortaokul ve lise eğitimini Kars'ta tamamlamıştır. 2000 yılında Kafkas Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Fizik Bölümüne yerleşmiş ve 2004 yılında mezun olmuştur. 2012 yılında Başkent Üniversitesi Anestezi Bölümünü bitirmiştir. 2012 yılında dikey geçişle Kafkas Üniversitesi Hemşirelik bölümüne yerleşmiş 2015 yılında mezun olmuştur.2015 yılından beri Kars İl Sağlık Müdürlüğünde hemşire olarak görev yapmaktadır. 2015'te Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başlamış olup halen devam etmektedir.

