



**MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ KADINLARIN
EŞ ŞİDDETİ DURUMLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Songül ÖZKAYA

**Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM**

**2024
Her hakkı saklıdır.**



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ KADINLARIN EŞ ŞİDDETİ
DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Songül ÖZKAYA

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2024

Her hakkı saklıdır

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

07/11/2024

Songül ÖZKAYA

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BEYANNAME.....	4
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET	II
ABSTRACT	III
TABLolar DİZİNİ	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	V
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şiddet Kavramı ve Çeşitleri.....	4
2.2. Kadına Yönelik Şiddet	6
2.2.1. Kadına yönelik şiddette risk faktörleri	7
2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de kadına yönelik şiddet.....	8
2.3. Kadına Yönelik Partner Şiddeti.....	11
2.4. Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri	12
2.5. Meme Kanseri.....	13
2.5.1. Meme kanseri nedir ?.....	13
2.5.2. Meme kanseri epidemiyolojisi	14
2.6. Meme Kanseri ve Eş Uyumu	15
2.7. Meme Kanseri ve Kadın	17
2.8. Meme Kanseri ve Eş Şiddeti.....	19
2.9. Kadına Yönelik Şiddette Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	21
3. YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Demografik Form (EK-1)	24
3.4.2. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (EK-2)	24
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	26
3.9. Araştırmanın Güçlükleri	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	38
5.1. Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Eş Şiddeti Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması	38
5.2. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumları ve Türlerinin Tartışılması.....	40
5.3. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eş Şiddeti Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	42
5.4. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Şiddete Yönelik Sözel ifadelerinin Tartışılması.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR.....	49
EKLER	69

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tez sürecimde bilgi, tecrübe ve destekleriyle tezime katkıda bulunan, özverili çalışmasını her zaman örnek aldığım kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM'a, hayatımın her alanında yanımda olan, ilgi, sevgi ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli ailemin tüm fertlerine en içten teşekkürlerimi sunarım.

07/11/2024

Songül ÖZKAYA



ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Eş Şiddeti Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Amaç: Çalışmada bir şehir hastanesi cerrahi onkoloji servisinde yatan meme kanseri tanısı almış kadınların eş şiddeti durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte araştırma deseni benimsenmiştir. Araştırma, bir şehir hastanesi cerrahi onkoloji servisinde Mart-Ağustos 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma, 213 kadın hastaya uygun olarak hazırlanmış formlar kullanılarak ve sözel ifadeleri yorumlanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama araçları olarak “Demografik Form” ve “Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği” kullanılmıştır. SPSS for Windows 22 paket programıyla veriler analiz edilmiştir. Araştırma etik izin ve hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Kadınların fiziksel şiddete uğrama durumları 41 kişi %19,3, duygusal/sözel şiddete uğrama durumları 213 kişi %100, ekonomik şiddete uğrama durumları 98 kişi %46, cinsel şiddete uğrama durumu ise 64 kişi %30,1 olarak saptanmıştır. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeğine göre katılımcıların eşlerinden gördükleri şiddetin puan ortalaması 74,45 olarak belirlenmiştir. Demografik yapılarına göre incelenen hastalarda yükseköğretim ve üzerinde eğitim alanların şiddet görme oranlarının, okuma yazma bilenlere, ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca lise mezunu olanların şiddet oranları da okuma yazma bilen ve ilköğretim mezunlarından düşüktür. Kentte yaşayan hastaların şiddet görme oranları ise kırsal kesim ve köyde yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan katılımcıların şiddet ölçek puanı ortalaması çalışan katılımcılara göre daha yüksektir. Hastalığı nedeniyle kemoterapi alan ve ameliyat olanların şiddet görme oranları yüksektir.

Sonuç: Bu bulgular göz önüne alınarak meme kanseri tanısı almış kadın hastaların eşlerinden ya da yakın partnerlerinden gördükleri şiddetin boyutu oldukça fazla bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Kanser, Şiddet

ABSTRACT

MS. Thesis

Determination of Intimate Partner Violence and Affecting Factors of Women Diagnosed with Breast Cancer

Aim: The aim of the study was to determine the intimate partner violence and affecting factors of women diagnosed with breast cancer hospitalized in the surgical oncology service of a city hospital.

Methods: Methods: A descriptive and cross-sectional research design was adopted in this study. The research was conducted in the surgical oncology service of a city hospital between March 2023 and August 2023. This study used “Demographic Form” and “Intimate Partner Violence Scale” as data collection tools. The research was evaluated by using forms prepared for 213 female patients and interpreting their verbal expressions. Data were analyzed with SPSS for Windows 22 package program. Research ethical permission and written consent were obtained from the patients.

Results: The rate of women being subjected to physical violence was determined as 19.3% for 41 people, 100% for emotional/verbal violence for 213 people, 46% for economic violence for 98 people, and 30.1% for sexual violence for 64 people. According to the Intimate Partner Violence Scale, the average score of the violence experienced by the participants from their spouses was determined as 74.45. In the patients examined according to their demographic structures, it was determined that the rates of violence experienced by those who had higher education or higher were lower than those who were literate and primary and high school graduates. In addition, the rates of violence among high school graduates were lower than those who were literate and primary school graduates. It was determined that the rates of violence experienced by patients living in urban areas were lower than those living in rural areas and villages. The average violence scale score of unemployed participants was higher than that of employed participants. The rates of violence experienced by those who received chemotherapy and surgery due to their illness were higher.

Conclusion: Considering these findings, the extent of violence experienced by female patients diagnosed with breast cancer from their spouses or close partners was found to be quite high.

Keywords: Cancer, Nursing, Violence

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	25
Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu	26
Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları	26
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	28
Tablo 4.2. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddetin Türlerinin Göre Dağılımı ..	29
Tablo 4.3. Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	29
Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.5. Yaş ve Çocuk Sayısı ile Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	34
Tablo 4.6. Temalar ve Alt Temalar.....	36

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
S	Sayı
%	Yüzde
p	Anlamlılık Düzeyi
\bar{x}	Ortalama
SS	Standart sapma
α	Cronbach alfa değeri
n	Örnekleme yer alan kişi sayısı
t	t-testi değeri

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
BM	Birleşmiş Milletler
BRCA1	BReast CAncer 1 (Meme Kanseri 1)
BRCA2	BReast CAncer 2 (Meme Kanseri 2)
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
KYEŞÖ	Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SDG	Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları
TDK	Türk Dil Kurumu
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKİ	Türkiye Kanseri İstatistikleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNODC	United Nations Office for Drugs and Crime
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Şiddet her toplumda var olan ve her geçen gün artan bir gerçekliktir. Dünya genelinde yaygın olması, şiddet mağdurlarına onarılamaz zararlar vermesi, insan hak ve özgürlüklerini ihlal etmesi hem toplumda hem de bireylerde birçok soruna yol açması nedeniyle çok yönlü ele alınması gereken bir halk sağlığı sorunudur (Arabacı & Uygun, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti " gücün veya iktidarın bilerek, isteyerek bir tehdit veya gerçeklik biçiminde başka bireylere uygulanması neticesinde etkilenen bireyde doku hasarı, vefat ve psikolojik hasara sebebiyet vermesi" olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2014).

Şiddet, kişinin yaşamını, özgürlüğünü, isteklerini, haklarını, sağlığını ve genel refahını kısıtlayan; fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel, ekonomik ve siber saldırılar yoluyla aşağılama, korkutma, yaralama, zarar verme, mahrum bırakma ve yalnızlaştırma gibi kasıtlı ve kötü niyetli eylemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Özdere, 2019). Boşanmış veya partnerinden ayrı yaşayan kadınların %75'inin fiziksel şiddete uğradığı belirlenmiştir. Genç yaşta evlenenlerin her türlü şiddete maruz kaldığı görülürken, mağdurların %9'unun çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldıkları görülmüştür (Doğan & Karaman, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü 2005-2018 yılları arasında 161 ülkede toplam 735 milyon kadının hayatında en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (DSÖ, 2018). Dünya genelinde fiziksel şiddet %30, cinsel şiddet %35 iken Avrupa'da bu oranlar sırasıyla %25 ve %27'dir (Polat, 2016). Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Teşkilatı'nın (OECD) 2019 yılı verilerine göre şiddet mağduru kadınların yüzdesi en yüksek %38 ile Türkiye'dedir (OECD, 2019). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na (UNDP) göre 2020'de partnerinden fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan 15 yaş üstü kadın oranının Avrupa ve Merkez Asya'da yaklaşık %28, Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'da %31, Bangladeş'te %52, Bolivya'da %59, Afganistan'da %51 olduğu bildirilmektedir (BM, 2020).

Şiddet, kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yakın partner şiddeti, dünya çapında en yaygın ve en zarar verici şiddet biçimlerinden biridir. Yakın partner şiddeti içinde fiziksel saldırganlık, cinsel zorbalık, psikolojik yıpranma ve kontrol edici davranışlar gibi bedensel, cinsel veya ruhsal hasara sebep olabilen davranışlar bulunmaktadır. Bu tanım şu an ki partner ya da daha önceki partnerlerden kaynaklanan şiddeti kapsamaktadır (DSÖ, 2021). Yakın partner şiddeti ile yaşamak kötü sağlık sonuçlarına sebep olabilir (Black,

2011). Şiddetin, yaralanmalar, istenmeyen gebelikler, olumsuz doğum sonuçları, kürtaj (çoğunlukla güvenli olmayan koşullarda), Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, depresyon, alkol kullanım bozuklukları ve diğer sorunlar da dahil olmak üzere hatta kanserler gibi ciddi ve uzun süreli etkileri vardır (Cesairo vd, 2014; DSÖ, 2013; Pallitto vd., 2013). Aynı zamanda kanser hastalarında yapılan çalışmalarda şiddet gördükleri ve bu şiddet sonucunda hayatlarını istenmedik şekilde idame etmek zorunda kaldıkları sonucuna varılmıştır (Karabulutlu & Karaman, 2015).

Meme kanseri önemli bir küresel sağlık sorununu temsil eder: 2020'de kaydedilen tahmini 2,26 milyon vaka ile dünyada en sık teşhis edilen kanserdir ve kadınlarda kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir (Sung vd., 2021). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre Türkiye'de 2013 yılında 9733 olan meme kanseri olgu sayısı, 2017 yılında 11851'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Günümüz çağdaş yüzyılında meme kanserinin ölümcül bir hastalık olduğu söylenemez. Daha iyi tedavi seçenekleri, halk sağlığı ve bakımındaki büyük gelişmeler, ölüm oranlarında gözle görülür bir azalmayı ve yaşam süresinde büyük bir artışı beraberinde getirmiştir (Siegel vd., 2013).

Tedavinin öncesinde, sırasında ve sonrasında iyi bir iletişim, kişisel bakımda başarıyı ve iyi bir yaşam tarzı yakalamasını sağlayabilmektedir (Latifi vd., 2018). Kanser hastaları dikkat edilmesi ve desteklenmesi gereken hasta sınıfındadırlar. Kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden olan meme kanserinde özellikle de eşlerinden verilecek sosyal destek, onları tedavinin farklı aşamalarında tedaviye devam etme konusunda motive edebilir. Hasta eşinden ve aile üyelerinden ne kadar çok destek alırsa tedaviye ve hastalık kontrolüne o kadar bağlı kaldığı öngörülmektedir (Zare Shahabadi vd., 2010).

Yapılan bir araştırmada, yakın partner şiddeti ile karşı karşıya kalan kanser tanılı kadın hastaların yaşadığı kötü deneyimler hastalığın yönetiminden çekilmeye sebep olduğu ve bu durumun kanser hastaları için daha kötü sonuçlara yol açtığı bulunmuştur (Speakman vd., 2015). Yakın partner şiddetini azaltmaya yönelik uygun stratejiler olmadan, sağlık ve kadın-erkek eşitliğine yönelik sağlık gündemi oluşturmak mümkün olmayacaktır (Blackstone & Feudtner, 2006). Bunların dışında hastaların eğitimi ve öğretimi adına sağlık çalışanlarının, özellikle de hemşirelerin kapasitesinin geliştirilmesi, kansere bağlı partner şiddetinin taranması, tespiti ve tedavisinde önem arz etmektedir (Dionigi vd., 2020).

Bir çalışmada, kanser tanısı alan kadınlarda yakın partner şiddetiyle karşılaşan kadınlar; aynı şiddete maruz kalmayanlara oranla daha zayıf zihinsel ve bedensel iyi hale sahip oldukları bildirilmektedir. Kanser tanısı alan kadınlarda yakın partner şiddeti için rutin klinik taramanın daha iyi yaşam kalitesi sağlayacağı öngörülmektedir (Coker vd., 2017). Kenya'daki "Kenyatta National Hospital" onkoloji servislerinde tedavi gören kanser hastalarından yakın partner şiddetine maruz kalanlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının araştırma sonuçlarıyla rapor edilmektedir. Şiddete maruz kalanlardan edinilen bilgilere göre partner şiddeti sık görülmektedir. Yakın partnerlerin bahsi geçen hastaları hastaneye yatırmamaları, partnerlerini terk etmekle tehdit etmeleri ve partnerlerine kötü alışkanlıklar aşılmaları gibi davranışları bulunmaktadır. Partner desteğinin eksikliği, bedensel, cinsel, ruhsal ve ekonomik istismara yol açmaktadır (Undie vd., 2012).

Literatürde meme kanseri ve eş şiddeti konulu çalışmaların az olduğu görülmektedir (Sanaat vd., 2023). Bu nedenle yürütülmesi planlanan bu çalışmada bir şehir hastanesinin cerrahi onkoloji servisinde yatan meme kanseri tanısı almış kadınların eş şiddeti durumları ve etkileyen faktörler arasında pozitif bir ilişki olup olmadığı konusunda bir yargıya varmak amaçlanmaktadır.

Araştırmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

1-Meme kanseri tanısı almış olan kadınların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

2-Meme kanseri tanısı almış olan kadınların eş şiddetine maruz kalma oranları şiddet türlerine göre değişmekte midir?

3-Meme kanseri tanısı almış olan kadınların sosyodemografik özelliklere göre eş şiddet bağımlılığı değişmekte midir?

4-Meme kanseri tanısı almış kadınların şiddete yönelik temaları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Kavramı ve Çeşitleri

Şiddet, kişiye yapmak istemediği bir şeyi yaptırmak veya yapmaya zorlamak için güç kullanmak, saldırmak, şiddet içeren davranışlarda bulunmak, zorlamak, kaba kuvvet uygulamak, fiziksel ve zihinsel acı veya işkenceye neden olmak, dövmek ve zarar vermek gibi durum ve fiilleri içermektedir. Fransızca 'da (violentia) şiddet; sert ya da zalim kişilik, orantısız güç uygulamak anlamında kullanılmaktadır (Alkan, 2019).

Şiddet başlıca şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- **Fiziksel Şiddet:** Bir kişinin fiziksel olarak zarar görmesine neden olan davranışlardır. Örnekler arasında dövme, itme, ısırma, boğma ve diğer fiziksel saldırılar yer alır (CDC, 2023). Fiziksel şiddet, en yaygın karşılaşılan şiddet türü olmasına rağmen genellikle gizli tutulur. Kadınlar, ev düzeninin bozulmaması, eşlerinin onları terk etmemesi, utanılacak bir durumla karşılaşmamaları ya da huzurlarının bozulmaması gibi nedenlerle sessiz kalmayı tercih ederler. Ancak bu durum, fiziksel şiddetin yaygınlığını azaltmaz. Yapılan araştırmalar ve elde edilen veriler, kadına yönelik şiddetin fiziksel boyutunun yadsınamayacak kadar büyük olduğunu ortaya koymaktadır (Yanık vd., 2014). Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, özellikle geleneksel aile yapılarının hâkim olduğu bölgelerde fiziksel cezalandırma yöntemlerinin yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Tokat atmak, dövmek, dayak atmak ve vurmak gibi uygulamalar, bir disiplin aracı olarak görülmektedir. Şiddete maruz kalan bireyler, bu şiddeti başkalarına da uygulama eğilimindedir ve bu durum bir döngü halinde devam eder. Bu nedenle, şiddet olgusu öğrenilmiş bir davranış olarak kabul edilmektedir (Yiğitcan, 2013).
- **Psikolojik Şiddet:** Başka bir kişiye zihinsel veya duygusal olarak zarar vermek, onun davranışları veya kararları üzerinde kontrol sağlamak amacıyla sözlü ve sözsüz iletişimin kullanılmasını içerir (Breiding vd., 2015). Psikolojik şiddet, bireyin duygularını sistematik bir şekilde istismar ederek baskı uygulama, sindirme, yaptırım ve tehdit etme amacıyla kullanılan bir şiddet türüdür. Bireye yönelik sürekli psikolojik baskı yapmak, duygusal olarak sindirmek, aşışlamak ve onu cezalandırmak veya

toplumdan izole etmek amacıyla uygulanan her türlü baskı psikolojik şiddet olarak tanımlanmaktadır (Tatlıoğlu & Küçükköse, 2015). Psikolojik şiddet, farklı biçimlerde ortaya çıkabildiği için kültürler ve ülkeler arasında tanımlanması daha karmaşık olabilir. Örneğin, Vietnam'da yapılan bir çalışmada duygusal şiddet, eşini zorla cinsel ilişkiye zorlayan bir kocanın davranışlarını kapsamaktadır. Afrika'da ise kadının evden çıkmasına izin vermemek veya cinsel istekte bulunmak gibi durumlar, daha çok duygusal şiddet olarak değerlendirilir (Krantz & Garcia Moreno, 2011).

- **Cinsel şiddet:** Cinsel davranışlara zorlanma, cinsel saldırı, cinsel istismar ve diğer cinsel eylemlerle ilgili şiddet türüdür. Cinsel şiddet, rıza olmadan yapılan cinsel eylemleri ve cinsel zorlamayı içerir (CDC, 2023). Cinsel şiddet, cinselliğin kadına yönelik bir tehdit, yaptırım ve kontrol aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanır. Bu tür şiddet, kadının istemediği, riskli ve utanç verici şekilde cinsel ilişkiye zorlanması şeklinde ortaya çıkar. Cinsel şiddetin yaygın örnekleri arasında başkalarıyla cinsel birlikteliğe zorlama, kadının rızası olmadan çocuk doğurmaya zorlamak veya doğum hakkını engellemek, istemediği biriyle evlenmeye zorlamak, çocuk yaşta evlendirme, doğum kontrolü kullanma hakkını kısıtlama, kürtaja zorlamak, telefon, mektup veya sosyal medya yoluyla cinsel içerikli davranışlar sergileme, taciz ve tecavüz yer alır (Tatlıoğlu & Küçükköse, 2015).
- **Ekonomik Şiddet:** Bir kişiyi bağımlılığa teşvik etmek veya finansal olarak istismar etmek amacıyla manipüle etme, ona hükmetme ve kontrol etme konusunda çok güçlü bir taktik olarak kullanılmaktadır (Kutin vd., 2019). Sahip olunan maddi kaynakların veya paranın kadına yönelik tehdit veya yaptırım aracı olarak kullanılması ekonomik şiddet olarak tanımlanmaktadır. Toplumsallaşma ve sosyalleşme süreçlerinde geri planda kalan, mevcut kaynaklarla yetinmesi gerektiği öğretilen veya ekonomik özgürlükten mahrum bırakılan kız çocukları, genellikle eğitim fırsatlarından mahrum bırakılarak iş hayatına adım atmalarına izin verilmez. Eğitim eksikliği yaşayan ya da eğitim almayan kadınlar, ev içinde emekleri sömürülmekte, ev işleri için çalıştırılmakta ve maddi özgürlükten yoksun bırakılmaktadırlar (Gökkaya, 2011). Ekonomik şiddet, öngörülebilir ve önlenebilir bir sorundur. Kadınlara yönelik ekonomik şiddeti engelleyebilmek için politika yapıcıların alacağı önlemler büyük önem taşır.

Örneğin, mülk edinimi ve miras paylaşımında eşitliğin sağlanması, istihdam politikalarının kadınların ihtiyaçlarını gözetenek düzenlenmesi gibi adımlar, ekonomik şiddetin önlenmesinde önemli rol oynayabilir. Ayrıca, kadınlara eğitim fırsatları sunarak haklarını öğrenmelerini sağlamak ve toplumsal dışlanma inançlarını değiştirecek müdahalelerde bulunmak gerekmektedir. Sadece erkeklerle kadınlar arasında eşitlik sağlandığında, ekonomik şiddet norm olmaktan çıkacaktır (Fawole, 2008).

- **Dijital Şiddet:** Tamamen ortaya yeni çıkan bir tür olan dijital şiddet, literatürde başka adlarla da anılmaktadır. Siber saldırı, sanal şiddet, siber zorbalık gibi birden fazla adı bulunan bu şiddet türü ismine rağmen içeriği ve niteliği değişmemektedir (Şener vd., 2019).
- **Israrlı Takip (Stalking):** Dijital platformlarda birisini yoğun bir şekilde gözlemek, takip etmek, sürekli ileti göndermek, GPS aygıtlarıyla takip etmek, özel yazışmaları izlemek, her türlü programla irtibata geçmeye çalışmak ve iletişim kuramamasına rağmen sürekli bu durumda ısrarcı olmak olarak tanımlanabilir. Birinden konumunu ya da fotoğraflarını paylaşmasını, aramalarını yanıtlamasını veya arama yapmasını istemek de bu şiddet türünün kapsamındadır (Şener vd., 2019).

Şiddet, geçmişten günümüze toplumdaki sosyal ve kültürel yapıya göre değişen bir kavram olup son dönemlerin gündeminde azımsanmayacak kadar yer kaplayan konularından biridir. Şiddet eylemleri, yeni nesillerin sosyalleşme sürecinde edindiği ve dolayısıyla sonraki kuşaklara devredilen kötü davranış kalıplarıdır (Alkan vd., 2020).

2.2. Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet, genellikle birçok ülkede var olan önemli bir halk sağlığı sorudur (DSÖ, 2021). Kadına yönelik şiddet, oldukça komplike ve kapsamlı bir problem olarak değerlendirilmektedir (Al-Badayneh, 2012). Günümüzün sosyal yaşamında şiddet eylemlerinin giderek yaygınlaştığı açıktır (Aizpurua, 2020; Corréa, 2021).

Şiddet, sokaklardan okullara, işyerlerinden evlere kadar toplumun her alanında görülen ve evrensel hale gelen utanç verici bir olgudur. Kadına yönelik şiddet, çoğunlukla erkekler tarafından uygulanan, kadınlara acı veren; fiziksel, cinsel, zihinsel veya ekonomik belirtilerle kendini gösteren toplumsal cinsiyete

dayalı şiddet eylemleri olarak tanımlanabilir. Faillerin ortaklar, komşular, arkadaşlar, akrabalar, meslektaşlar ve yabancılar olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, kadına yönelik şiddetin toplumun sadece belli bir kısmında görülen azımsanacak bir sorun olmadığı, acil müdahale gerektiren global bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir (Tani vd., 2016).

Kadınlar istismara uğradığında genellikle bu konuda konuşmaktan kaçınırlar. Kadınlar çoğu zaman duyulmasını istemedikleri, maddi ve manevi olarak evden çıkabilme imkânlarının olmaması, çocuk sahibi olunması, topluma karşı utanç ve diğer olumsuz duygular nedeniyle maruz kaldıkları şiddeti gizlemektedirler. Türkiye'de fiziksel ve cinsel şiddet uygulanan kadınların yarısından fazlası durumunu yakın arkadaşlarına anlatabilmekte ancak kadınların yalnızca %11'i bir devlet kurumundan veya sivil toplum kuruluşundan yardım istemektedirler (Birleşmiş Milletler, 2021).

Sağlıklı ve gelişen bir toplum yaratmanın temel yapıtaşlarından biri kadını güçlendirmek ve haklarını korumaktır. Bu durum; kadınların genel ve özel eğitim düzeyinin artırılması, kadınların toplumda istihdam edilme olasılığının yükseltilmesi yoluyla eşlerine olan ekonomik bağımlılıklarının azaltılması, destekleyici sosyal ağların oluşturulması, mevcut yasaların yeniden düzenlenmesi veya toplum temelli etkili yasaların çıkarılması ile kadınların güçlendirilmesinin yanı sıra toplum genelindeki şiddetinde azaltılması sağlanabilir (Kaptanoğlu vd., 2012).

2.2.1. Kadına yönelik şiddette risk faktörleri

Kadına yönelik şiddetin en büyük nedeni kadın-erkek cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddetin kabul edilebilirliğine ilişkin normlardan oluşmaktadır (DSÖ, 2021). Toplum tarafından kadın ve erkekten beklenen davranışlar ve roller, toplumsal cinsiyet kalıp yargıları olarak adlandırılır. Bu kalıp yargılar, kadın ve erkek için belirlenen toplumsal cinsiyet rollerini şekillendirir ve toplumlar, bireylerin bu rollere uygun davranmalarını bekler (Ünlü & Kavas, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye'nin de dahil olduğu 30 ülkede gerçekleştirdiği araştırmalarda, cinayetlerin %85'inin, ırza geçme vakalarının %50'sinin, genel şiddet olaylarının %50'sinin, trafik kazalarının %60'ının ve kadına yönelik şiddet olaylarının %70'inin en önemli nedeninin alkol olduğunu ortaya koymuştur. DSÖ, alkol ile yakın partner (eş ve sevgili) şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen ve bu ilişkinin önemli sonuçlarını özetleyen bir belge yayınlamıştır. DSÖ, alkol ile şiddet

arasında güçlü bir bağlantı bulunduğunu vurgulayarak, alkol kullanımının kadına karşı şiddetin oluşumunda temel bir rol oynadığını belirtmiştir. Bu etki, alkolün sağlık üzerindeki zararları ve zararlı etkileri ile doğrudan ilişkilidir (Erdoğan, 2021).

Kadına yönelik şiddeti daha olası kılan bazı risk faktörleri vardır. Bu faktörlerden bazıları şunlardır ;

- Eğitim seviyesinin düşüklüğü
- Çocuklukta istismar edici davranışlara maruz kalma
- Aile içi şiddetin varlığı
- Antisosyal kişilik bozuklukları
- Alkol ve madde kullanımı
- Evlilik uyumsuzluğu ve memnuniyetsizliği
- Karşılıklı iletişim kurmada zorluk yaşanması
- Zayıf yasal yaptırımlar
- Erkeğin kadının üzerindeki kontrol edici davranışları
- Aile namusu kavramına olan inanışlar (DSÖ, 2021).

2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de kadına yönelik şiddet

Dünya Sağlık Örgütü'nün kadına yönelik şiddete ilişkin 2013 yılı raporu, 15 ila 49 yaşlarındaki kadınların %13-%61'inin; tüm kadınlarınsa %6'sının en az bir kere partnerleri tarafından fiziksel şiddete uğradığını ortaya koymaktadır. Kadınların %59'u hayatında en az bir kere eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirdi. Kadınların %80'i hamilelikleri sırasında partnerleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldıklarını bildirdi (DSÖ, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı kadına yönelik şiddet raporu, dünya çapında kadın ölümlerinin çoğunlukla eşlerinden kaynaklandığını ortaya koydu. Bu raporun ortaya koyduğu sonuçlara göre dünyadaki kadın cinayetlerinin %38'i kocaları, %6'sı ise erkek arkadaşları ya da tanımadıkları kişiler tarafından işleniyor. Ayrıca kadınların %20'sinin ölüm nedeninin bilinmediği belirtilmiştir (DSÖ, 2014).

Kadına yönelik şiddetin yaygınlığına ilişkin bir raporda, yaygınlığın Okyanusya kıtasında %19 ile %44 arasında değiştiğini, Avustralya ve Yeni Zelanda ülkeleri hariç en yüksek oranın bu kıtada bulunduğunu ortaya koymaktadır (Krook vd., 2018). Verileri olan ülkeler için kadına yönelik şiddetin genel yaygınlığı şu şekildedir: Avrupa'da daha düşük ve çoğu ülkede %10'dan azdır. Sahra Altı Afrika'daki yüksek gelirli ülkelerde 2008 ile 2019 yılları arasında mevcut verilere dayanarak yürütülen çalışmaların meta-analitik incelemesi sonucunda Sahra Altı Afrika'da kadına yönelik şiddetin yaygınlık oranı ortalaması %35,5'ten, %41'e yükseldi (Muluneh vd., 2020). Ayrıca Avrupa'da kadınların günlük yaşamlarında aile içi şiddete maruz kalma oranları %12 ile %15 arasındadır (Akhmedshina, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, "yüksek riskli ekip ağı" veya "ölümcüllük değerlendirme programları" olarak adlandırılan çeşitli programlar, aile içi şiddet mağdurlarının (genellikle kadınların) yakın arkadaş veya aile üyelerinin öldürülme riski altında olduğu durumlarda eyalet düzeyinde bilgi paylaşımını koordine etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu programlar, boğmaya teşebbüs, silahlı tehditler, takip, cinsel saldırılar, takıntılı kıskançlık ve kontrol davranışları gibi şiddet olaylarına müdahale eder. Bireysel müdahale planları, suçluların izlenmesini, hukuk, adalet, sağlık ve sosyal hizmet alanlarında bilgi paylaşımını ve şiddet mağdurları ile ailelerinin korunmasına yönelik önleyici çalışmaları içermektedir (UNODC, 2013).

Afrika'da yapılan bir araştırma yakın partner şiddetinin yaygınlığını bildirmektedir. Afrika'da şiddetin %41,3 olduğu tahmin edilmektedir. Bölgesel olarak, yakın partner şiddetinin yaygınlığı en yüksek Orta Afrika'da görülürken onu %49,3 ile Doğu Afrika, %44,13 ile Güney Afrika ve %39,36 ile Batı Afrika izlemektedir (Nabaggala vd., 2021). Yapılan çalışma, yakın partnerden kaynaklanan şiddet riskinin diğer şiddet çeşitlerine göre azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermektedir. Daha az eğitime sahip kadınlar, en az lise eğitimi alan kadınlara kıyasla şiddete daha çok maruz kalmaktadırlar. Özellikle de Doğu Afrika'da yaşayan insanlarda kırsal kesimlerde yakın partner şiddetinin riski; kentlerde yaşayanlara göre daha yüksektir (Wilson vd., 2021).

Filipinler'de yapılan bir çalışma, yakın partner kaynaklı şiddetin fiziksel, duygusal ve her türlü ekonomik şiddet arasında yadsınamayacak bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır (Antai vd., 2014). Dolayısıyla eğitim eksikliği ve sosyoekonomik eşitsizlik yakın partner şiddetine maruz kalma açısından

istatistiksel olarak anlamlıdır. Başka bir araştırmadaysa okuryazar olmayan ve ilkokul seviyesinde eğitime sahip kişiler, lise ve yükseköğretim seviyesinde eğitime sahip kişilere göre yakın partnerin uyguladığı şiddete daha fazla oranda maruz kaldıklarını ortaya çıkardı (Ahinkorah vd., 2018). Yakınları tarafından dünya çapında fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı ise %30'dur (Roesch, 2020).

Türkiye'de de kadına yönelik şiddet oldukça yaygın toplumsal bir sorundur (Yavuz, 2021). Yapılan çalışmalara göre Türkiye'deki kadınların %52-66'sı sözlü şiddete, %15-65'i fiziksel şiddete, %24-55'i zihinsel şiddete, %13,5-19,3'ü ekonomik şiddete, %6-3-15'ise cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Alan Dikmen vd., 2020). Kadına yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) tarafından Türkiye genelinde 2009 yılında 24.048 hane ile gerçekleştirilen araştırmada, kadınların %39'unun hayatlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete, %15'inin cinsel şiddete ve %44'ünün duygusal şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (KSGM, 2009). Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 12 istatistikî bölge ve 15-59 yaş aralığında 15.072 örneklem üzerinde yapılan araştırmada, hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı %36 olarak saptanmıştır. Bu durum her 10 kadından 4'ünün eşleri veya birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel şiddete uğradığını göstermektedir. Son dönem verilerine göre, son 12 ay içinde evli olan kadınların %8'i fiziksel şiddet mağduru olmuştur (Dursun vd., 2024). Aynı zamanda kadına yönelik şiddet bir insan hakları ihlalidir. Genellikle şiddetin söz konusu olduğu durumlarda insanların aklına vurma veya darp gelmesine rağmen, şiddetin bunlarla sınırlı olmadığı görülmektedir. BM'de 1993 yılı aralık ayında onaylanan "BM Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirisi" kapsamında kadına yönelik şiddet kavramı yeniden tanımlanmıştır (Özkan, 2017). Kadına yönelik partner şiddetini inceleyen araştırmalarda, kadının kişisel geliri ile şiddet arasındaki ilişki önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmalar, düşük kişisel gelire sahip kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete maruz kalma riskinin, diğer gelir seviyelerindeki kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan birçok çalışma, partnerlerini aldatan veya birden fazla partneri olan erkeklerin daha yüksek oranda şiddet uygulama eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (Keskin, 2023).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilen “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” sonucuna göre, Türkiye’de yaklaşık her 10 kadından 4’ünün yaşamının herhangi bir döneminde partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; 15-24 yaş aralığındaki kadınlar, ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlar, boşanmış veya ayrı yaşayanlar, 18 yaşından önce evlenenler, ücretli bir işte çalışmayanlar ve düşük refah düzeyine sahip olanlar arasında şiddet daha yaygındır. Kadınlar, maruz kaldıkları şiddet sonucunda intihar etme veya öldürülme riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Fiziksel ve/veya cinsel şiddet mağduru olan her 10 kadından yaklaşık 3 veya 4’ü, hayatına son verme düşüncesini ifade etmektedir. Türkiye’de 2021 yılında şiddet nedeniyle hayatını kaybeden kadın sayısı 345 olarak hesaplandı (Karahan vd., 2022).

2.3. Kadına Yönelik Partner Şiddeti

Yaşam boyu kadına yönelik partner şiddeti yaygınlık tahminleri Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre tüm bölgelerde yüksektir. İlişkisi olan kadınlarda bu oran %23 ile %38 arasında değişmektedir. Yakın partner şiddetinin kadın sağlığı üzerinde ölüm, yaralanma, psikolojik bozukluklar, cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi ciddi olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Garcia-Moren vd., 2013).

Aile içinde kadına yönelik şiddet, şiddetin en tipik biçimi olup, çoğunlukla koca gibi en yakın aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir (Gandhi vd., 2010). Aile içi şiddet, bir kadına eşi veya birlikte olduğu partner tarafından yapılan her türlü kötü muameleyi ifade edebilmekte ve çeşitli istismarcı davranışları içermektedir (Watson, 2012).

Kadına yönelik şiddet haberlerine baktığımızda şiddet uygulayan kişilerin ya şimdiki partnerleri ya da eski partnerleri tarafından şiddete uğradıkları tespit edilmiştir. Mağdur bireylerin %30 kadarı partnerleri %7’si ise partneri olmayan kişiler tarafından şiddet görmektedirler. Kadına vurmak, tekmelemek, küfretmek, evden çıkmasını engellemek, ekonomik olarak kendine bağımlı hale getirmek, cinsel ilişkiye zorlamak vb. görülen şiddet örneklerinden bazılarıdır (DSÖ, 2013).

Yaş aralığı 15-49 olan ve ilişki yaşayan kadınların yaklaşık %33’ü partnerinden fiziksel veya cinsel şiddet görmektedir. Görüldüğü gibi kadına yönelik şiddet, Türkiye dahil tüm dünyayı etkileyen önemli bir toplumsal sorundur.

Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü'nün son verilerine göre 2019 yılında kadınların %38'i yakın çevresinden fiziksel veya cinsel şiddet görmektedir. Bu veriler ışığında Türkiye 129 ülke içinden 26. sırada yer almaktadır (OECD, 2019).

Yaşı 15 ve üzerindeki 640 milyon kadın, yaşamları boyunca en az bir kez yakın partner şiddetine maruz kalmaktadır (DSÖ, 2021). Tunus'ta yayınlanan çalışma ise kadınların %47,6'sının en az bir çeşit yakın partner şiddetine maruz kaldığını ortaya çıkardı (Elghossain vd., 2019).

Dünya çapında kadınların %33 ü, hayatında en az bir defa yakın partner şiddetine maruz kalmaktadır. Bir araştırma, 15-49 yaşları arasındaki ve şu anda ilişkisi bulunan kadınların %27'sinin yakın partner şiddetine maruz kaldığı sonucuna varmaktadır (DSÖ, 2021). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi verilerine göre, yılda yaklaşık 11 kız öğrenciden 1'i ve 15 erkek öğrenciden 1'i fiziksel partner şiddeti yaşadığını bildirmektedir. Yaşamları boyunca partner şiddetine maruz kalan kadınların %26'sı ve erkeklerin %15'i, bu tür şiddet davranışlarını 18 yaşından önce ilk kez deneyimlemiştir (CDC, 2021). Yaşam boyu partner şiddeti kadınlarda %27,8 ile %45,3 arasında değişirken, erkeklerde ise %18,5 ile %38,6 arasında değişmektedir (Willie & Kershaw, 2019).

2.4. Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Bireye yönelik şiddet, kadınların bedensel, ruhsal, cinsel ve üreme sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve bazı durumlarda başta immün sistem olmak üzere kronik hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (DSÖ, 2014). Hayatı boyunca şiddete en az bir defa maruz kalan kadınların fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklarının sayısı, hiç şiddet ile karşılaşmamış kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Şahin vd., 2018).

Fiziksel şiddet sonucu, kafa, yüz, mide ve uzuv yaralanmaları, morluklar, yırtılmalar, eklem çıkıkları, kırıklar, boğulma ve kafa yaralanmaları meydana gelebilmektedir (Lutgendorf, 2019). İstenmeyen gebelikler, kürtajlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların şiddete uğrayanlar arasında daha yaygın olduğu ve ruh sağlığını da olumsuz etkilediği bilinmektedir (Damra vd., 2018).

Şiddetin kadınların yaşam kalitesini düşürdüğü ve ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği de bilinmektedir. Şiddetin kadının ruh sağlığına etkisi; Şiddetin türü, süresi ve kapsamı, kişinin başa çıkma mekanizmalarına ve aldığı sosyal desteğe bağlı olarak değişebilmektedir (Almış vd., 2020).

Şiddet ile kötü sağlık, özellikle yüksek tansiyon, diyabet, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar arasındaki ilişkinin temelinde bulunan mekanizmalar tam olarak anlaşılamamaktadır. Ortaya çıkan veriler, mağdurların mağdur olmayanlara göre daha fazla kronik stres, daha kötü sağlık davranışları, daha düşük gelir, daha az istikrarlı istihdam yaşadıklarını ve sağlık hizmetlerine erişimde engeller oluşturduğunu göstermektedir. Bu anlamda özellikle meme kanseri hastaları ve eşlerinin bu psikososyal sorunlarının tedavisi için erken önlemlerin alınması ve böylece yaşam kalitelerinin artırılması çok önemlidir (Alacacıoğlu vd., 2014).

2.5. Meme Kanseri

Meme kanseri, Dünya da ve Türkiye de kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılı verilerine göre, her yıl 2,1 milyon kadın meme kanserine yakalanmakta ve bu hastalıktan 627.000 kadının hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Mermer, 2018). Meme kanseri, dünyadaki 184 ülkenin 140'ında kadınlarda en sık tanı konulan kanser türüdür (Çidem & Eatma, 2016). Ortalama riske sahip bir kadın için hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalite oranı %2,3'tür. Erken yaşta gebelik, yüksek sayıda gebelik ve emzirmenin meme kanseri riskini azaltabileceği bilinmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Ancak önümüzdeki yıllarda yaşam süresinin uzaması, ilk doğum yaşının ilerlemesi, doğurganlığın azalması ve ayrıca stres ve obezite insidansının artması gibi durumların meme kanserine yakalanma oranlarını artıracakları öngörülmektedir (Kısa vd., 2020). Erken tanı, meme kanseri tedavisinde büyük önem arz eder. Meme kanseri gibi bazı kanser türlerinin tanısı, basit taramalarla hızlı bir şekilde tanı konulabilir ve tedaviye başlanabilir. Bu nedenle, sistematik taramalar sayesinde meme kanserinin erken tanısı mümkün ve bu sayede kanserden kaynaklı ölüm oranları düşürülebilmekte, dolayısıyla hastalığın toplum üzerindeki yükü de hafifletilmektedir (Açmaz vd., 2015).

2.5.1. Meme kanseri nedir ?

Meme kanseri; hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve büyümesiyle görülmektedir. Bu anlamsız çoğalma ilerlediğinde meme çevresi dokularının işlevlerini bozmaktadır. (Milosevic vd., 2018). Meme kanseri DNA kaynaklı ve BRCA1, BRCA2 gibi aileden gelen genetik faktörlerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Anormal DNA ve anormal bölünüp çoğalan hücre ile karşı karşıya geldiğinde insan

başıklığı bu hücrelerle savaşarak kanser oluşumunu engeller. Bu kansere yakalanan kişilerde memedeki doku ve organlar anlamsız şekilde büyüyüp bölünüp çoğaldıklarından dolayı var olan tümörün kolaylıkla yayılmasına neden olur (Alkabban vd., 2021). Meme kanseri; kemikler, akciğer, karaciğer ve beyine metastaz yapmaktadır (Scimeca vd., 2021). Meme kanserine neden olabilecek faktörlerin tanımlanması, meme kanserinin belirlenmesinde atılacak en önemli adımı oluşturmaktadır (Nindrea vd., 2017). Bu faktörler, sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, üreme sağlığı, alkol ve tütün tüketimi, hormon tedavisi, aile geçmişi, genetik etmenler, menarş yaşı, doğum yaşı, menopoz yaşı, emzirmeme, doğum kontrolü, obezite ve radyasyona maruz kalma gibi çevresel ve yaşam tarzına bağlı etkenlerden oluşmaktadır (Mohanty vd., 2023).

Meme kanseri erken tanı uygulamaları arasında fiziksel muayene, görüntüleme teknikleri (mamografi, ultrason), biyopsi ve biyobelirteçler yer almaktadır (Rahman vd., 2019). Mamografi ve ultrason, meme kanseri tespiti için ilk seçeneklerdendir (Gabriel & Peart, 2023). Genellikle 40 yaş üstü kadınlarda uygulansa da meme tarama programlarının yaş aralığı birçok ülkede farklı yaş aralığında yapılmaktadır (Zujić vd., 2021). Yoğun meme dokusuna sahip veya ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlar için ultrason ile ek tarama da yapılmaktadır (Aristokli vd., 2022).

2.5.2. Meme kanseri epidemiyolojisi

Meme kanseri dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Kanser türleri içinde 2020 yılında takriben 2,26 milyon vaka ile dünyada en sık teşhis konulan kanser türü meme kanseridir. Kadınlarda kanser, ölüm nedenleri içerisinde ilk sıralarda yer alır. Tarihsel olarak genellikle sosyoekonomik durumları görece daha iyi olan ülkelerin bir hastalığı olarak görülse de 2020 yılında bu hastalığın tanısını alanların yarısından fazlası ve bu hastalıktan ölenlerin %66'sı dünyanın daha az gelişmiş ülkelerinde meydana gelmiştir (Sung vd., 2021).

Türkiye'de kadınlarda teşhis edilen dört kanserden birini meme kanseri oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmanın verilerine göre 2015 senesinde 17.183 kadına meme kanseri teşhisi konuldu ve 6.023 kadın meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetti. Ayrıca 2020 senesinde kadınlarda 19.025 yeni meme kanseri vakasının teşhis edileceği ve 6.915 kadının meme kanserinden öleceği öngörülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2012; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre Türkiye'de

2013 yılında 9733 olan meme kanseri olgu sayısı, 2017 yılında 11851'e yükselmiştir. Kadınlarda yaşla birlikte meme kanseri olgu sayılarının ve mortalite oranının arttığı dikkat çekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Amerikalı kadınlar arasında meme kanseri taraması, teşhisi ve sonuçlarında farklılıklar devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl kadınlarda yaklaşık 237.000 yeni meme kanseri vakası tanısı konulmakta ve yaklaşık 41.000 kadın meme kanserinden ölmektedir. Amerika'da beyaz ten rengine sahip kadınlarda meme kanseri riski daha yüksek olmasına karşın, siyah tenli Amerikalı kadınlarda meme kanseri en yüksek ölüm oranına sahiptir (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda meme kanseri gelişme olasılığının doğumdan 49 yaşına kadar %2,1; 50-59 yaş aralığında %2,4; 60-69 yaş aralığında %3,5; 70 yaş ve üzerinde %7 ve doğumdan ölüme kadar bütün yaşam boyunca ise %12,9 olduğu tespit edilmektedir (Siegel vd., 2022).

2.6. Meme Kanseri ve Eş Uyumu

Çiftler kanserle karşılaştıklarında birey olarak değil, birlik olarak tepki verebilirler (Traa vd., 2015). Bu nedenle kanser bizim hastalığımız olarak kabul edilmelidir. Kadın kansere yakalandığında rol ve sorumluluklardaki değişimler, cinsel işlevlerdeki ve benlik algısındaki çatışmalar çiftleri olumsuz etkiler (Meier vd., 2019) ve bu durum ilişki dinamiklerini de etkilemektedir. Sonuç olarak kanser hastalarının partnerleriyle olan ilişkileri, bu hastaların partnerlerini temel destek kaynağı olarak görmeleri nedeniyle büyük önem taşımaktadır (Rajaei vd., 2021).

Meme kanseri olan kadınlar birçok psikolojik rahatsızlık yaşamaktadır. Bu psikolojik rahatsızlıklar kadınların yaşam kalitesini birçok yönden etkilemektedir. Meme kanseri özellikle kaygı ve öz imajla ilişkilendirilmektedir. Meme kanseri teşhisi konulan bu kadınların partnerleri, tedavi yöntemlerinin seçimi ve bu yöntemlerin uygulanmasına aktif olarak katılmaları durumunda kişi hastalığın semptomlarından daha az etkilenebilmektedir (Li & Loke, 2014).

Psikolojik tepki sadece deneyimlerden kaynaklanmaz, aynı zamanda çiftlerin hastalığa ilişkin algılarından ve birbirlerine nasıl davrandıklarından da etkilenebilmektedir. Belirli kemoterapi ve hormon tedavisi, yaşam tarzındaki değişiklikler, beden imajına bağlı mastektomi, meme kanseri olan çiftleri yüksek cinsel işlev bozuklukları riski ile karşı karşıya bırakmaktadır (Manne vd., 2014).

Meme kanseri diğer kanserlerden farklı olup kadınların hayatında pek çok zorluğa neden olur. Özellikle bazı meme kanseri hastalarında meme kaybı onlar için travmatik bir süreçtir (Taze & Kanan, 2020). Bazı kanser hastalarında damgalanma, utanç, depresyon, anksiyete ve kızgın ruh hali gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Hastalığa sahip olanlar sıklıkla damgalanmayla karşı karşıya kalmakta ve damgalanmanın içselleştirilmesi kişinin kendini suçlamasına yol açmaktadır (Else-Quest vd., 2009).

Meme kanseri hastalarının eşleri karşılaştırıldığında anksiyete, korku duygularını kontrol etmekte zorluk ve kişisel bakımla ilgili kaygı bildirme olasılıkları meme kanseri tanısı olmayan eşlere göre daha yüksektir. Meme kanseri hastaları ve partnerleri arasındaki duygulara bakıldığında, kadınların ameliyattan hemen sonra partnerlerine göre duygularını ve düşüncelerini daha etkili biçimde ifade ettikleri gözlemlenmektedir (Favez vd., 2017).

Kadına kocasının desteğinin büyük önemi vardır. Bu destek kadınların fiziksel ve psikolojik olarak karşılaştıkları sorunlarla baş etmede etkili olmaktadır (Black & Hawks, 2014). Erkeğin desteği, motivasyonu kadının hastalığa karşı coşkusunu, özgüveni artırır ve kadının yaşadığı baskıyı azaltır. Ancak kanser grubunda yapılan çalışmanın sonuçları kadının daha az destek aldığını ortaya çıkarmaktadır; adam sadece parayı ödemekte ve kadına kendisi (eşi) olmadan hastaneye gitmesini tavsiye etmektedir (Suyanti vd., 2018).

Meme kanseri tanılı 45 kişilik bir hasta grubu ve eşleri ile yapılan çalışmada, hastaların algıladıkları psikososyal yardımla baş etme biçimleri arasındaki ilişki gözden geçirilmiş, eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastalarda kanserin yol açtığı sorunlarla etkin baş etme düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Sherman vd., 2009). Hastalara sağlanan eş desteğinin olumlu veya olumsuz sayılabilecek etkilerinin olduğu, bu farklılığın da alınan desteğin kalitesi ve hastaların algılarıyla aynı oranda eşlerine bağlı olarak değiştiği bilinmektedir (Kaliampou & Roussi, 2018).

Meme kanseri tedavisine katılan kadınlara ve bunların eşlerine, psikolojik sıkıntı ve ağrının azaltılması, ölümcül hastalıkların hafifletilmesi, uygulanan tedaviye uyumun sağlanması, yaşam kalitesinin daha iyi hale getirilmesi, duyguların ifade edilmesi, başa çıkmanın artırılması amacıyla psikososyal destek sunulmaktadır. Hastalığın yol açtığı çok yönlü krizle baş edebilmeleri için bu becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır (Ülger vd., 2014).

2.7. Meme Kanseri ve Kadın

Memenin kadınlığı, cinselliği ve anneliği simgelemesi nedeniyle mastektomi operasyonu kadınlarda geri dönüşü olmayan ve gözle görülür olumsuz etkiler bırakmaktadır (Cao vd., 2023). Bu sıkıntılara ek olarak lenfödem tanısı bu hastalarda var olan birçok olumsuz ögeyi besleyen, ağırlaşan ağrı olarak varlığını sürdürdüğü görülmektedir (Shih vd., 2020). Meme kanserinin fiziksel kısıtlamaları, günlük görevleri yerine getirme becerilerini etkilerken işlevsel sınırlamaları nedeniyle, hayal kırıklığı, öfke gibi olumlu olmayan duygulara neden olmaktadır (Acebedo vd., 2021). Bu durum hastaların istedikleri kıyafetleri giymesine engel olmakta ve etkilenen uzvun şişliği ise hastaların benlik saygısının azalmasına sebebiyet vermektedir (Karlsson vd., 2015). Etkilenen uzvu koruma çabası meme kanseri hastalarının uyku kalitesini azaltmakta ve beraberinde negatif duygulara sebep olmaktadır (Maree vd., 2016).

Meme kanserinin kişinin özellikle de kadının ruhsal durumunu diğer kanser türlerine göre farklı şekilde etkilediği bilinmektedir. Meme dokusu kadının kadınsı niteliklerini ve cinselliğini sembolize etmektedir; bu sebebe bağlı olarak meme kanseri tanısını almış olmak sadece yaşamı değil aynı zamanda kadınlık imajını da büyük tehlikeye atmaktadır (Tünel vd., 2012). Meme kanserinin cerrahi tedavisine bağlı olarak meme dokusunun kaybı, kadınlık, çekicilik ve cinsel işlev bozukluğu olarak algılanmakta ve bu durum kişinin beden algısının ve özgüveninin azalmasına ayrıca cinsellikle ilgili sorunlara neden olmaktadır. Meme kaybı kadınlarda cinsel istekte azalmaya, zayıf vücut imajına, kadın özellikleri ve görünümüyle ilgili endişelere neden olur (Archangelo vd., 2019).

Türkiye'de gelenekler ve dini normlar gereği şiddet, cinsellik ve benzeri aile içi konulara müdahale edilmemesi gerektiğine inanılmaktadır. Kadınlar evlilikte karşı cinsin cinsel ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğine dair yaygın bir inanca sahip olduklarından, cinsel şiddet eylemlerini suç olarak görmemekte ve bu eylemler hakkında hiçbir yerde açıkça konuşulmamaktadır (İpekten, 2014).

Kanser tanısı, hastalar ile bunların ailelerinin hayatında bir dönüm noktası konumundadır. Bu durum, aile içi çatışmalara sebebiyet verebilmektedir (Lopes vd., 2018). Sosyal, mali ve duygusal sonuçlara yol açabilmektedir (Abbasi vd., 2020). Yapılan araştırmalar, kanser tanısı almanın kadınları cinsel şiddete maruz bıraktığını göstermektedir (Shapiro, 2018). Kadınların hastalık ve ameliyat sonrası

zayıflıkları cinsel işlev kayıplarına sebep olabilir ve bu da onları cinsel saldırı gibi yakın partner şiddeti riskiyle karşı karşıya bırakabilmektedir (Lees vd., 2018).

Kanser tanısı alan bir kişi kendisi ve aile üyeleri için, özellikle de meme kanseri olan çiftler için felaket bir olaydır. Çünkü hastalık cinsel organlarda meydana gelir. Ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığı, diğer kanser popülasyonlarıyla kıyaslandığında meme kanseri tanılı hastalarda daha yüksektir (Mehnert vd., 2014).

Düşük benlik saygısı, kendi kendine algılanan çekiciliği ve cinsel yaşamı etkiler. Cinsellik psikososyal, sosyokültürel ve biyolojik yönleri içeren karmaşık bir alandır. Kişinin cinsel yaşamından tatmin olması, meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi açısından kritik bir konu olabilir ve bireysel hasta değerlendirmesine dahil edilmelidir. Meme kanseri tanısı alan hastalarda cinsel işlev sorunları sağlıklı kadınlara nazaran daha sık şekilde görülür ve tedaviye bağlı yan etkiler istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Sonuç olarak cinsel danışmanlık hizmeti, kanser deneyimi sırasında kişinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olmak için hastalara ve partnerlerine faydalı olabilir (Salakari vd., 2019).

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık karşılaşılan dört kanser türünden biridir. Kanser türleri içerisinde ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir. Dünyada modifiye radikal mastektomi en yaygın kabul gören tıbbi prosedürdür (%63). Meme hastalıklarının en yaygın tedavisi olan mastektomi, memede kalıcı bir değişiklik meydana getirmektedir. Pek çok toplumda göğüsler kadın varlığının bir parçası olarak kabul edilmekte, kadının varlığına; nezaket, cinsellik, mükemmellik, ebeveynlik ve yeni doğan bebeklere bakım sembolü gibi rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Bu özelliklerden herhangi birinin kaybedilmesi, vücut imajında olumsuz değişikliğe neden olabilir (Kocan & Gürsoy, 2016).

Kadınların öz beden imajındaki bariz değişiklikler olumsuz zihinsel sonuçlar doğurmaktadır. Bir kadının kendisiyle ilgili psikolojik resmi partnerinin onunla ilgili olan bakış açısıyla örtüşmektedir. Vücudunun bozulması onun karakterini ve davranışını büyük ölçüde etkilerken bu durum çevresiyle olan ilişki ve iletişimi de olumsuz etkilemektedir (Bagheri & Mazaheri, 2015).

Kanser hastalarında sık görülen psikolojik belirtiler anksiyete ve depresyondur. Meme kanseri, hastanın sağlığını hem bedensel hem de ruhsal açıdan olumsuz etkilediği için tedaviyi zorlaştıran faktörler hastalığın ilerlemesini

hızlandırabilir. Bu hastalarda intihar riski yüksektir. Depresyon ve anksiyetenin erken tanı ve tedavisi, hastalığın seyrini hafifletebilir, hayatta kalma şansını artırabilir ve kanser hastalarının kişisel memnuniyetini artırabilir (Cordero vd., 2015).

Bu perspektiften bakıldığında, hastane temelli güzellik bakımı müdahale programları meme kanseri hastalarında faydalı etkiye sahip olabilir. Grup makyaj atölyesi, hastaların bildirdiği sıkıntıların azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin sonuçları olan düşük maliyetli bir müdahaledir. Bu yaklaşımın kısa vadeli ve orta vadeli olumlu etkilerle birlikte anında güven ve özsaygı oluşturduğu da gözlemlenmektedir (Richard vd., 2019).

Kanser hastaları mastektominin özgüvenlerini büyük ölçüde etkilediğine inanmaktadır. Hasta, başkalarının kendisini ve vücudunu kabul etmediğine dair içsel bir duygunun neden olduğu bir tür özgüven eksikliği hisseder ve bu da hastalığa ilişkin algısını etkileyebilir. Carl Rogers'ın benlik teorisine göre olumlu bir benlik saygısına sahip kişiler, zorluklara daha fazla dayanma yeteneğine sahiptir. Çünkü benlik saygısı, kişinin hayatına devam edebileceğini ve geleceğin kendisine olumlu haberler ve iyimserlik getirebileceğine dair algısı görece yüksek olan bireylerin sahip olabileceği bir özelliktir. Çalışmanın sonuçları şunu da gösterdi ki; özsaygısı yüksek olan kadın kanser hastaları düşük olanlara oranla iyi bir ortamda sistematik olarak tedavi görme olasılıkları daha yüksektir (Leite vd., 2015).

2.8. Meme Kanseri ve Eş Şiddeti

Yakın partner şiddeti bir tür kişilerarası şiddettir (Amanat vd., 2021) ve aile içi şiddetten daha yaygındır (Stanhope & Lancaster, 2015). Yakın partner şiddeti gibi kadına yönelik her türlü şiddet, dikkate alınması gereken sistematik ve önemli bir toplumsal olaydır (Biroli, 2018; Sanz-Barbero vd., 2019). Partner istismarı ve şiddeti, kanser hastaları için kısır bir döngüyü temsil eden sağlık sorunlarının başlı başına bir nedenidir. Kadınlarda olan bazı semptomların tedavi mi yoksa istismarın sonucu mu olduğunu belirlemek zorlaştığı için kanser bakımını etkilemektedir (Black, 2011). Klinik ortamda istismarcı davranışı belirlemek zor olabilir. Çünkü bazı bireyler sağlık çalışanlarının yanında hastayı destekliyormuş gibi görünebiliyorken, çift yalnız iken istismarcı istismara devam edebilmektedir (Kimberg, 2008; Ramaswamy, 2019). Genel popülasyondaki kadınlar arasında partner şiddetinin sıklığı göz önünde bulundurulduğunda kanser tanısı alan

kadınların partner istismarıyla yaşıyor olabileceği tahmin edilmektedir. Bazı durumlarda kanser tanısı, kısmen sosyal izolasyon, zayıf sağlık ve bakım için başkalarına bağımlılığın artması nedeniyle bir kadının partner şiddeti riskini arttırabilmektedir (Kırsal ve Uzaktan Sağlık, 2010). Bu tür hastalıkları olan kadınlarda yakın partnerden kaynaklanan şiddetin görülme sıklığının artması, kadının vücut şeklinin bozulmasına, hastalığa bağlı psikolojik sorunlara ve hastalığın getirdiği ekstra aile maliyetlerine bağlanabilir (Fouladi vd., 2018). Bir partnerde kronik hastalığın varlığı yakın partner şiddetini hızlandırabilir. Kansere vakalarında bu durum strese, ilişkilerde rol çatışmalarına ve yakın partner şiddeti duyarlılığının artmasına neden olabilir (Coker vd., 2012). Kansere kadınlarda, kansersiz kadınların iki katı oranında yakın partner şiddeti yaşamaktadır. Sosyal izolasyon ve yakın partnerlerden gelen desteğin azalması nedeniyle risklerle karşı karşıya kalınabilmektedir (Coker vd., 2012; Johnson vd., 2016). Bu tür durumlar aile dinamiklerini ve kanser tedavisi kararlarını karmaşıklatabilmektedir. Yakın partner şiddeti öyküsü olan kadınlar için, kanser teşhisi şiddetin doğasını yoğunlaştırabilir veya değiştirebilir (Cadman vd., 2012). Meme kanserinin tanısı ve tedavisi, özellikle cinsellikleri, kadınlıkları ve beden imajları ile ilgili olarak kadınların günlük yaşamlarına zarar vermektedir (Oliveira vd., 2017). Bu anlamda kadınların yaşadığı psikolojik acı, tarih ve kültür boyunca hastalıkla ilişkili semptom ve süreçlerle bağlantılı olması ve çoğu zaman kadınların yaşamlarının çeşitli yönlerine müdahale etmesi nedeniyle hastalığın varlığı acısının ötesine geçmektedir (Silva vd., 2008).

Kansere yakalanmak derin üzüntü duygularına neden olan zor bir deneyimdir. Her aile üyesi, kansere ağırlı ve tedavi edilemez bir hastalık olarak baktığı için üyeler; şok, korku, ıstırap, üzüntü ve hatta güvensizlik duygularıyla farklı bir şekilde tepki verir (Oliveski vd., 2021). Bu nedenle çalışmalar, sağlıklı bir aile ilişkisinin kadınlara meme kanseri ile yüzleşmek için elverişli bir ortam sağlamaya yardımcı olabileceğini vurgulamaktadır çünkü yalnızca çocuklardan ve eşten gelen herhangi bir özen ve ilgi gösterisi faydalı olmaktadır (Vale vd., 2017). Yakın partner şiddeti ve kansere kadınlarda, kanser tedavisi sırasında eşlerinin taciz edici davranışlarında artış olduğunu, bunun da tedavide gecikmelere yol açtığını ve yaşam kalitelerini kötüleştirdiğini ortaya koymaktadır (Speakman vd., 2015).

2.9. Kadına Yönelik Şiddette Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Sağlık profesyonelleri, özellikle kadın sağlığı alanında ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler genellikle mağdurların ilk temas ettikleri kişilerdir. Bu nedenle şiddet mağduru kadınların öyküsünü alma, fiziksel muayenesini yapma, şiddet belirtilerinin tanımlanması ve belirtilerin kayıt altına alınmasında önemli bir rol oynarlar. Ayrıca hemşireler, mağdur kadınların yardım alabilmeleri için başvurabilecekleri kurum ve kuruluşlara yönlendirebilmeli ve yasal süreçler hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Her sağlık çalışanının bu konuda sorumlulukları vardır (Aksu, 2017). Ancak sağlık çalışanlarının;

- Birçok vakayı gözden kaçırmaması veya fark etmemesi,
- Çoğu zaman yargılayıcı olması,
- Bunu mesleki bir sorumluluk olarak görmemesi veya
- Yeterli bilgiye sahip olmaması gibi çeşitli senaryolar sağlık çalışanlarının şiddete müdahale etmesini engellemektedir (Öztürk, 2021).

Kadına yönelik şiddet ile ilgili hemşirelik bakım planının amacı, belirlenen tanılara yönelik hedefli müdahaleler sağlamak ve mağdurun güvenlik, özsaygı ve bağımsızlık duygusunu yeniden kazanmasına yardımcı olmaktır. Sonuçlar bireysel hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmeli ve iletişimin, desteğin ve yetkilendirmenin artırılmasına odaklanmalıdır (Baird vd., 2015).

Hemşireler şiddet mağdurlarıyla ilk karşılaşan sağlık profesyonelleri olması nedeniyle oldukça değerlidir. Şiddet mağduruna yönelik uygun tedavi edici çevreyi sağlama ve şiddetten uzaklaştırmaya yönelik girişimler hemşirelerin önemini arttırmaktadır (Al-Natour, 2014). Hemşirelerin eş şiddeti taraması yaptığı bireylerin, toplumsal kaynakları daha fazla kullandığı, yaşam kalitelerinin arttığı, depresyon oranlarının düştüğü ve eş şiddetinin yol açtığı sağlık sorunlarının azaldığı ifade etmektedir (Houry's vd., 2008).

Hemşireler güvenliği, sağlığı ve refahı teşvik edecek müdahalelerde bulunmalıdır. Bu müdahaleler büyük olasılıkla önleme, eğitim ve mevcut kaynakların kullanımını içermektedir. Hemşireler ayrıca psikoterapi, destek

grupları, hukuki yardım ve diğer tedavi türlerine yönlendirme sağlamalıdır (Ambikile vd., 2020). Müdahaleler hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre yapılmalıdır. Örneğin psikoterapi, mağdurların travmatik deneyimleri sindirmelerine, suçluluk duygularının üstesinden gelmelerine ve durumlarıyla baş etmeyi öğrenmelerine yardımcı olabilir. Destek grupları bir topluluk duygusu sağlayabilir ve hayatta kalanlar için duygusal açıdan güvenli yerler sunabilir (Sabancıoğulları vd., 2016).

Hemşireler kadına yönelik şiddete yaklaşımı birincil, ikincil ve  cnc l koruma basamakları olarak ele alır: Birincil korumada şiddetin önlenmesi için toplumda eğitimler düzenlenir ve farkındalık artırılır. İkincil korumada mağdurların erken tanılanması ve acil ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır.  cnc l koruma ise şiddetin sona ermesinden sonra iyileşme sürecini destekler ve mağdurların güçlenmesine yardımcı olacak danışmanlık hizmetleri sunar (Yılmaz vd., 2023).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Mart-Ağustos 2024 tarih aralığında bir Şehir Hastanesinin Cerrahi Onkoloji kliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini çalışmanın yürütüleceği hastanenin cerrahi onkoloji servisinde yatan meme kanseri tanısı almış kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastanenin ilgili kliniği 26 yatak kapasitesine sahiptir. Araştırmada elde edilen veriler Mart-Ağustos 2024 tarihleri arasında meme kanseri tanısı almış kadınlardan toplanmıştır. Buna göre bir yıllık evren büyüklüğü ortalama (800 kadın) bilinen örneklem hesaplama formülü ile %90 güvenirlilik ve %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü hesabı yapılarak 213 kadın hastaya ulaşılmıştır.

Evreni bilinenden örneklem hesaplama formülü (Aksayan vd., 2012)

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

$$n = \frac{800 \times 0,9604}{0,0025(800-1) + 0,9604} = 213$$

N=Evrendeki birey sayısı

n=Örnekleme alınacak birey sayısı

p=İncelenen olayın görüş sıklığı

q=İncelenen olayın görülmeysi sıklığı(1-p)

t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma, olarak simgelenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama araçları olarak “Demografik Form” ve “Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (KYEŞÖ)” kullanılmıştır.

3.4.1. Demografik Form (EK-1)

Literatüre bağılı kalınarak oluşturulan form 12 sorudan oluşmaktadır (Çelik vd., 2019). Yaş, medeni durum, yaşanan yer, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik özelliklere ilişkin 6 soru yer almaktadır. Geriye kalan 6 soruda ise kadınlara ne zaman tanı konulduğu, kemoterapi/radyoterapi alıp almadığı, ameliyat olup olmadığı ve eş şiddetine yönelik sorular sorulmuştur.

3.4.2. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (EK-2)

Ölçek 2019 yılında geliştirilmiştir (Deniz, 2019). Ölçek toplam 29 sorudan meydana gelmektedir. Ölçek 3 alt ölçekten oluşmaktadır; Kadına yönelik eş şiddet (fiziksel, psikolojik, maddi ve cinsel) 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,19,24,25,26,27; şiddete uğrayan kişinin şiddete karşı sosyal destek anlayışı 15,16,17,18,29; Şiddet uğrayan kişinin şiddete ilişkin genel inançları 20, 21, 22, 23, 28. maddeleri kapsamaktadır. Bu ölçek 5'li Likert tipi ile oluşturulmuştur. ("Hiç katılmıyorum (1)", "Biraz katılıyorum (2)", "Kararsızım (3)", "Çok katılıyorum (4)" ve "Tamamen katılıyorum (5)") bu ölçek tipinden alınabilecek maksimum puan 145 olup, minimum puan 29'dur. Ölçeğin değerlendirilmesinde şiddete karşı sosyal destek ihtiyacına ilişkin olumlu ifadeler içeren 12, 15 ve 16. maddeler ters çevrilerek değerlendirilmektedir. Kadına yönelik şiddet arttıkça ölçek puan ortalaması artmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın veri toplama sürecinde hastanenin başhekimini, servis sorumlu hekimini ve hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Ayrıca çalışmayı kabul eden hastalar Mart-Ağustos 2024 tarihleri arasında cerrahi onkoloji kliniğinde hemşire olarak çalışmakta olan araştırmacı tarafından formları nasıl doldurmaları gerektiği hakkında bilgilendirilmiştir. Formlar hastalarla yüz yüze görüşme esnasında doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, yaşanan yer gibi demografik özelliklerdir.

Bağımlı Değişkenler: Kadınların Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği puanlarıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS for Windows 22 paket programıyla veriler analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, minimum ve maksimum değerlerle ortalama ve standart sapmaların dışında aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “*Kurtosis*” ve “*Skewness*” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları (Büyüköztürk, 2014)	

Tablo 3.1.’de verilerin normallik dağılım analizler sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Kadına Yönelik Eş Şiddeti	213	0.119	0.167	-0.481	0.332
Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı	213	-0.197	0.167	-0.006	0.332
Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar*	213	2.184	0.167	4.735	0.332
Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	213	0.020	0.167	-0.709	0.332
Yaş	213	0.417	0.167	-0.296	0.332
Çocuk sayısı	213	0.435	0.167	-0.234	0.332

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Kadına Yönelik Eş Şiddeti	0.891
Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı	0.543
Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar	0.858
Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	0.874

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma yapılmadan önce etik ilkelerine atfedilebilecek bölümler olarak, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan B.30.2.ATA.0.01.00/361 sayılı etik izin (EK-3), Kamu Hastaneler Birliğinden kurum izni (EK-4), ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği oluşturan araştırmacıdan e-mail aracılığıyla ölçek izni (EK-5) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı hastanenin başhekimine, hastane bünyesindeki cerrahi onkoloji kliniğinin sorumlu hekimine sözlü olarak bilgilendirme yapılmıştır. Hastalara formlardan önce çalışma hakkında bilgi verilmiş olup sonrasında gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

Bu çalışmayı yapmak adına alınması gereken tüm izinler alınmasına karşın, hastaların psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmemeleri, verdiği bilgilerin eşleri tarafından öğrenileceği korkusu ve onlara bir faydasının olmayacağını düşündüklerinden dolayı veri toplama esnasında hastalar oldukça çekingen görölmüşlerdir. Bu durum öngörölerek hastalara formlar verilmeden önce hastaların bu konudaki korku ve endişeleri dinlenmiş, kendisine psikolojik olarak iyi geleceği bilgisi verilerek gerekli açıklamalar yapılmış ve katılım arttırılmaya çalışılmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1’de katılımcıların demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%		
Medeni Durum	Evli	189	88.7		
	Boşanmış	8	3.8		
	İlişkisi Var	16	7.5		
Yaşanılan Yer	Kent	79	37.1		
	İlçeler	82	38.5		
	Kırsal	52	24.4		
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	69	32.4		
	İlköğretim	65	30.5		
	Lise	39	18.3		
	Üniversite ve üzeri	40	18.8		
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	22	10.3		
	Gelir gidere eşit	75	35.2		
	Gelir giderden az	116	54.5		
Çalışma Durumu	Hayır	132	62.0		
	Evet	81	38.0		
Kemoterapi Alma	Hayır	79	37.1		
	Evet	134	62.9		
Ameliyat Olma	Hayır	56	26.3		
	Evet	157	73.7		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	213	18.00	74.00	41.67	11.44
Çocuk sayısı	213	0	10.00	3.13	2.14

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, katılan kişilerin %88,7’si evlidir, %38,5’i ilçede yaşamaktadır, %32,4’ü okuma yazma bilmektedir ve %54,5’inin geliri giderinden azdır. Katılımcıların %62’si çalışmamaktadır, %62,9’u hastalığı nedeniyle kemoterapi almaktadır ve %73,7’si hastalığı nedeniyle ameliyat olmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 41.67 ± 11.44 , ortalama çocuk sayısı 3.13 ± 2.14 ’dür.

Tablo 4.2’ de katılımcıların maruz kaldıkları eş şiddetin dağılımı yer almaktadır. Kadınların fiziksel şiddete uğrama durumları 41 kişi %19,3,

duygusal/sözel şiddete uğrama durumları 213 kişi %100, ekonomik şiddete uğrama durumları 98 kişi %46, cinsel şiddete uğrama durumu ise 64 kişi %30,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddetin Türlerinin Göre Dağılımı

Şiddet türü	Şiddete Maruz Kalan	
	n (n:213)	% (100)
Fiziksel Şiddet	41	19,3
Duygusal / Sözel Şiddet	213	100,0
Ekonomik şiddet	98	46,0
Cinsel şiddet	64	30,1

*Birden çok cevap verilmiştir.

4.3’de görülen Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Kadına Yönelik Eş Şiddeti	213	18.00	100.00	49.60	16.89
Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı	213	6.00	28.00	18.29	4.67
Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar	213	5.00	25.00	7.56	4.23
Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	213	37.00	130.00	75.45	20.01

Katılan kişiler Tablo 4.3’de gösterildiği üzere, Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt boyutundan 49,60±16,89 puan, şiddete karşın Sosyal Destek Algısı alt boyutundan 18,29±4,67 puan, Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar alt boyutundan 7,56±4,23 puan ve Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği toplamından 74,45±20,01 puan almışlardır.

Tablo 4.4’de Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve alt boyutlarının demografik özelliklere göre alınan puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

			Kadına Yönelik Eş Şiddeti		Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı		Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar		Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Medeni Durum	Evli	189	50.08	7.00	8.56	4.61	7.58	4.30	6.23	20.01
	Boşanmış	8	51.75	10.01	16.38	4.03	7.38	2.97	75.50	12.68
	İlişkisi var	16	42.75	17.46	16.00	5.05	7.44	4.23	66.19	21.61
	Test ve Önemlilik		F=1.465 p=0.233		F=2.968 p=0.054		$\chi^2_{KW}=0.293$ p=0.864		F=1.871 p=0.156	
Yaşanılan Yer	Kent	79	42.34	16.76	16.06	4.67	6.75	3.77	65.15	19.77
	İlçeler	82	51.50	14.38	19.17	4.27	7.32	4.02	77.99	15.69
	Kırsal	52	57.62	16.58	20.27	3.93	9.19	4.82	87.08	19.09
	Test ve Önemlilik		F=15.551 p=0.000		F=17.454 p=0.000		$\chi^2_{KW}=12.813$ p=0.002		F=24.255 p=0.000	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	69	54.36	16.17	19.43	4.35	8.65	4.79	82.45	18.95
	İlköğretim	65	50.98	16.34	19.88	3.86	7.18	3.66	78.05	18.18
	Lise	39	51.62	17.03	17.31	4.44	7.15	3.79	76.08	19.22
	Üniversite ve üzeri	40	37.15	12.92	14.68	4.58	6.70	4.27	58.53	16.03
Test ve Önemlilik		F=10.698 p=0.000		F=14.897 p=0.000		$\chi^2_{KW}=9.202$ p=0.027		F=15.300 p=0.000		
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	22	46.18	23.09	17.00	4.31	8.14	5.20	71.32	25.86
	Gelir gidere eşit	75	45.89	16.56	18.03	4.61	7.67	4.32	71.59	19.56
	Gelir giderden az	116	52.64	15.21	18.70	4.76	7.39	4.00	78.72	18.61
	Test ve Önemlilik		F=4.262 p=0.015		F=1.407 p=0.247		$\chi^2_{KW}=1.068$ p=0.586		F=3.499 p=0.032	

Tablo 4.4. (Devam)

			Kadına Yönelik Eş Şiddeti		Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı		Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar		Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Çalışma Durumu	Hayır	132	50.73	17.26	19.52	4.30	7.11	3.67	77.36	19.73
	Evet	81	47.74	16.20	16.28	4.58	8.31	4.96	72.33	20.21
	Test ve Önemlilik		t=1.258 p=0.210		t=5.194 p=0.000		U=4656.000 p=0.085		t=1.787 p=0.075	
Kemoterapi Alma	Hayır	79	44.72	17.02	17.57	4.62	7.16	4.15	69.46	20.16
	Evet	134	52.47	16.19	18.71	4.67	7.80	4.28	78.98	19.14
	Test ve Önemlilik		t=-3.310 p=0.001		t=-1.728 p=0.085		U=4401.000 p=0.025		t=-3.439 p=0.001	
Ameliyat Olma	Hayır	56	45.68	18.83	18.00	5.40	7.61	5.14	71.29	22.08
	Evet	157	50.99	15.97	18.39	4.39	7.55	3.88	76.93	19.08
	Test ve Önemlilik		t=-2.037 p=0.043		t=-0.534 p=0.594		U=4099.000 p=0.413		t=-1.822 p=0.070	

Kadına Yönelik Eş Şiddeti Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4'te Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt ölçeği ortalamalarındaki farklılık yerleşim yeri, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kemoterapi ve ameliyat durumuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İkamet edilen bölgeye göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); tüm sınıfların birbirlerinden farklı olduğu belirlenmiştir. Kırsal kesimde yaşayan kişilerin puanı ilçe ve kentte yaşayan kişilerden yüksektir. Ayrıca ilçe de yaşayanların puanları da kentte yaşayanlardan yüksektir.

Eğitim seviyesine göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); yüksek öğretim ve üzerinde eğitim alanların puanlarının, okuma yazma bilenlere, ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre daha düşük puanlara sahip olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farklılığın hangi sınıftan kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (Dunnet C); geliri giderinden az olan kişilerin puanlarının, geliri giderinden fazla olan kişilerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kemoterapi alan hastaların puan ortalaması daha yüksektir. Ameliyat olan hastaların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.4'de görüldüğü üzere, medeni hal ve iş durumuna göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt boyu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, yaşanılan yer, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı alt boyu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İkamet edilen bölgeye göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); Kentte yaşayan hastaların puanlarının, kırsal kesim ve köyde yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim seviyesine göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); yükseköğretim ve üzerinde eğitim alanların puanlarının, okuma yazma bilenlere, ilköğretim ve lise mezunlarına göre

daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca lise mezunu olanların puanları da okuma yazma bilen ve ilköğretim mezunlarından düşüktür.

Çalışmayan katılımcıların puan ortalaması çalışan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, medeni hal, gelir gider durumu, kemoterapi alma ve ameliyat olma durumuna göre Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı alt boyu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaşanılan yer, eğitim durumu ve kemoterapi alma durumuna göre Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar alt boyu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İkamet edilen bölgeye göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (U); Kırsal kesimde yaşayan hastaların puanının ilçe ve kentte yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu hesaplanmıştır.

Eğitim seviyesine göre farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan ileri analizde (U); okuma yazma bilen katılımcıların puanlarının, yükseköğretim ve üzerinde eğitime sahip olanlardan daha yüksek olduğu hesaplanmıştır.

Kemoterapi alanların puan ortalaması kemoterapi almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, medeni hal, gelir gider durumu, çalışıp çalışmama durumu ve ameliyat olma durumuna göre Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar alt boyu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaşanılan yer, eğitim seviyesi, gelir gider durumu ve kemoterapi alma durumuna göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İkamet edilen bölgeye göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); tüm grupların birbirlerinden farklı olduğu belirlenmiştir. Kırsal kesimde yaşayan katılımcıların puanı ilçe ve kentte

yaşayan katılımcılara göre daha yüksektir. Ayrıca ilçe de yaşayan kişilerin puanları da kentte yaşayanlardan yüksektir.

Eğitim seviyesine göre farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan ileri analizde (LSD); yükseköğretim ve üzerinde eğitim alan katılımcıların puanlarının, okuryazar, ilköğretim ve lise mezunlarından düşük olduğu hesaplanmıştır.

Gelir düzeyine göre farklılığın hangi sınıftan kaynaklı ortaya çıktığını bulmak amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD); geliri giderinden az olan hastaların puanlarının, geliri giderinden fazla olan hastalara göre daha yüksek olduğu hesaplanmıştır.

Kemoterapi alan katılımcıların puan ortalaması kemoterapi almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.4’de görüldüğü üzere, medeni hal, çalışma durumu ve ameliyat olma durumuna göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4’te yaş ve çocuk sayısı arasındaki ilişki ile Kadına Yönelik Eş Şiddeti ölçeğinin alt boyutları gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Yaş ve Çocuk Sayısı ile Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş	Çocuk sayısı
Kadına Yönelik Eş Şiddeti	R	-0.051	0.280
	P	0.459	0.000
	N	213	213
Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı	R	0.184	0.357
	P	0.007	0.000
	N	213	213
Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar *	R	-0.132	0.024
	P	0.054	0.733
	N	213	213
Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği	R	-0.030	0.312
	P	0.668	0.000
	N	213	213

*Spearman korelasyon analizi

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt boyut puanı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt boyut puanı

yükseldikçe, çocuk sayısı da artmaktadır. Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı alt boyut puanı ile yaş ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Şiddet Karşısında Sosyal Destek Algısı alt boyut puanı arttıkça, yaş ve çocuk sayısı da artmaktadır.

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere Şiddete İlişkin Yaygın İnanışlar alt boyut puanı ile yaş ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçek puanı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçek puanı arttıkça, çocuk sayısı da artmaktadır. Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçek puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Katılımcı tüm kadınlara eşleriyle yaşadıkları şiddet sorulmuştur. Kadınların birkaç cümle ile cevaplaması istenmiştir. Kadınlardan 51’i bu kısmı doldurmuştur. Kadınlara ait sözel ifadelerle ait ana tema ve alt temaların gösterildiği, Tablo 4.6’te aşağıda verilmiş olup, her bir temaya ait bulgular açıklanmıştır ve gösterilmiştir.

Meme kanseri hastası kadınların şiddete yönelik temaları nelerdir?

Tablo 4.6. Temalar ve Alt Temalar

Temalar	1.Alt Temalar	2. Alt Temalar
Şiddetin Öyküsü	Şiddet nedenleri	Meme kanseri nedenli sorunlar (ev işini ve yemeği hastalık nedeniyle yapamama, çocuklara bakamama, uyku süresinin ve yorgunluğun uzaması) (n=8)
		Maddi sorunlar (hastane ulaşım ve masraflarına dair sorunlar, erkek eşin para vermemesi) (n=4)
		Cinsellikle ilgili sorunlar (hastalık nedeniyle cinsellikte aksama) (n=6)
		Çocuklar ve bakımı ile ilgili anlaşmazlıklar (hastalık nedeniyle çocuklara akrabaların bakması) (n=5)
		Eşlerin ailelerinin olaya müdahil olması (n=11)
		Küfür, hakaret, tehdit (n=6)
		İletişim sorunları (eşler arası etkileşimde bozulma, eşin hastalıkta destek olmaması, evliliği sorgulama, başka kadınlarla kıyaslama, hastanede refakat etmek istememe (n=5)
		Kadının-erkeğin evi terk etmesi(n=2)
		Eşler arası kıskançlık (erkek eşin farklı bir kadınla evlenme isteği) (n=4)
	Şiddetin yaşandığı süre	Çocuk olduktan sonra(n=7)
		Hastalık başladıktan sonra(n=16)
Şiddetin etkileri	Şiddetin kadın üzerindeki etkisi	Fiziksel etkiler (darp)(n=7)
		Psikolojik etkiler(n=40)
		Sosyal hayata etkiler(n=21)
	Şiddetin çocuğun üzerindeki etkisi	Şiddete tanık olma(n=23)
		Anne ya da babadan ayrı yaşama(n=3)

Çalışma sonunda mağdura yönelik ifadeler tek tek yazılmış ve elde edilen veriler doküman analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Buna göre; verilerin dökümü yapıldıktan sonra, veriler kodlanmıştır. Veri dökümü iki kez okunmuş ve notlar alınarak aynı ve farklı anlama gelen ifadeler kavramsallaştırılmıştır. Son olarak sınıflandırılan ifadeler tema ve alt temalara ayrılmıştır (Tablo 4.6). Belirlenen temalar ve alt temalar doğrultusunda ise sonuçlar yorumlanmıştır.

Bazı meme kanserli kadınların sözel ifadeleri aşağıda paylaşılmıştır.

Hasta 1: Kemoterapi gördükten sonra eşimden hiç destek görmedim. Hiçbir şey olmamış gibi hayatına devam etti.

Hasta 2: Ev hanımı olduğum için hastane masrafları konusunda hep söylenir.

Hasta 3: Hasta olduktan sonra eşim küçük torunlarıma “size yeni anneanne getireyim mi” şeklinde konuşuyor.

Hasta 4: Evlendikten hemen sonra hasta oldum. Eşim “sıkıldım, keşke evlenmeseydim” dedi. O gün çok üzülmüştüm.

Hasta 5: Eşim özellikle kendi ailesi bizimleyken “ev işi yapamadığımı, çocuklara bakamadığımı ve sürekli uyuduğumu” söylüyor.

Hasta 6: Kocam beni kendi arkadaşlarının eşleriyle kıyaslıyor.

Hasta 7: İlçeden kemoterapi tedavisi olmaya geliyorum, sürekli çok para gittiğini, otobüs parasının çok tuttuğunu söylüyor.

Hasta 8: Kocam bana çok bağıyor, zaman zaman küfür eder. Bana kızdığına çocuklarımı odaya kapatır. Hasta olduğum için çocuklarımı benden almasından korkuyorum.

Hasta 9: Ameliyatım sonrası ağrım olduğunda bana bağıır, çok büyüttüğümü söyler.

Hasta 10: Eşim eskiden benimle çok ilgilenirdi. Memem alındığından beri bana çok soğuk davranıyor.

Hasta 11: Kocam beni sevmediğini söylüyor ve bana vuruyor.

Hasta 12: Kemoterapi alacağım ilk gün hemşireler tarafından bazı ihtiyaçların olacağı ve alınması gerektiği söylenmişti kocama, oda gitsin kardeşin alsın demişti. Bu beni çok yaraladı.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde meme kanseri tanısı almış kadınların eş şiddeti durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmanın bulgularının ve literatürde bulunan kaynakların karşılaştırılmasına dayanılarak tartışılmıştır.

5.1. Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Eş Şiddeti Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

Bu bağlamda yapılan çalışma sonuçlarına yönelik veriler ele alındığında meme kanseri olan kadınların; medeni durum, yaşanılan yer eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, kemoterapi alma, yaş, çocuk sayısı ve ameliyat olma durumlarına göre katılımcılara ait çeşitli özellikler belirlenmiştir (Tablo 4.1). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde vakaların %48,2'sinin lokalize evrede tanı aldığı görülmektedir (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2018). Kadınlarda görülen meme kanserin yaşa standardize insidans hızlarının 2014-2018 yılları arasındaki dağılımı incelendiğinde yaş ile kanser arasında doğrusal bir artış görülmektedir (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014-2018). Yaşa bağlı incelemeler göz önüne alındığında genç yaşta olanların meme kanseri olma ihtimalleri daha düşüktür sonucuna ulaşılır (Tablo 4.1).

Hastanın kendi-kendini düzenli olarak muayene etmesi ile hastanın yaş, eğitim durumu ve işi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ayrıca kanser semptomlarının memelerini muayene ederken fark edilmesinde hastanın yaş, eğitim durumu, ikamet yeri ve mesleğinin anlamlı olmadığı görüldü (Öner, 2015). Kendi yaptığımız çalışma verilerinde ise bu durumun aksi olduğu görülmektedir. Yani kadınların eğitim durumları iyi olanlarda meme kanseri görülme sıklıklarının azaldığı ve aynı şekilde ikamet ettikleri yerin ekipman ve cihaz yetersizlikleri tahmin edilerek daha kapsamlı sonuçlar alınamamasından kaynaklı hastalarda meme kanseri risk düzeyinin arttığı görülmüştür (Tablo 4.1).

Demografik özellikler göz önünde bulundurularak varılan bir diğer sonuç ise maddi durumunun kötü olduğu yani giderlerinin gelirlerinden fazla olan meme kanseri hastalarında meme kanseri görülme sıklığı artmış ve ortalamanın üzerinde bir sayıyı yansıtmaktadır. Bu bağlamda meme kanserine yakalanan bireylerin yaşadıkları ekonomik sıkıntıların sağlıklı beslenmelerini olumsuz yönde etkilediği,

düşük gelir durumundan kaynaklı olarak sağlık sorunlarıyla tam ilgilenemeyip bu sorunları geçiştirerek meme kanserindeki yakalanma oranlarını artırdığı düşünülmektedir (Tablo 4.1). Kadınların çoğunun taramaya katılmak için özellikle seyahat masraflarını karşılayabilecek maddi güce ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Kıran, 2023).

Tarafımızca yapılan araştırmaya göre şiddet gören kadınların yaş ortalaması 41,67 çıkmış ve bu da bazı kaynaklarda belirtilen yaş aralığına girememiştir. Bu durum ise meme kanseri hastalığının biraz daha geç yaşlarda başlaması şeklinde yorumlanabilir. 70 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri oluşma riski yaklaşık %80 olarak bulunmuştur (Gökbulut & Özmen, 2011). Ülkemizdeki meme kanserli kadınların %44,5'i 50-69 yaş aralığındadır, %40,4'ü ise 25-49 yaş arasında yer alır. (THSK Kanser Daire Başkanlığı, 2017). Kadınlar yaş aldıkça meme kanseri riskleri artar. Meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğu 55 yaş ve üzeri kadınlarda görülmektedir (ACS, 2018). Meme kanseri vakalarının incelendiği 13.240 kişi üzerinde yapılan çalışmada kadınların tanı yaşı ortalaması 51,6 bulunmuştur. Çalışmadaki kadınlardan %48'i 50 yaşın altında, %17'si 40 yaşın altındadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ülkemizde meme kanserinin sıklığı 21-50 yaşa kadar arttığı, bu artışın zirve yaptığı yaşların 45-49 yaş olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra 50-69 yaş arasında sıklığın azalıp ve 70 yaşından sonra yeniden arttığı vurgulanmıştır (Özmen, 2014). Yaş meme kanserinin en belirgin risk faktörüdür. Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaya devam etmektedir. Ülkemiz kadınlarının ortanca yaşı 2018'de 32,7 iken 2050'de 41,7'ye, 2080'de ise 46,3'e yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2018). Bu durum meme kanseri riski açısından yaşlanmanın önemini daha da artıracaktır. Avrupa'daki kadınlarda kümülatif meme kanseri insidansı 55 yaşında %2,7, 65 yaşında %5,0 ve 75 yaşında %7,7'dir (Heikkinen vd., 2017). Özmen'in 2014 yılında yaptığı çalışmasında 13.240 meme kanseri vakasını incelemiş, olguların %99'unun kadın, %83'ünün 40 yaş üzerinde olduğunu bildirmiştir (Özmen, 2014). İngiltere'de 102.927 kadınla yapılan çalışmada 45 yaş ve üzerinde olanların oranı %55'dir (Jones, 2017). Sonuçlar arasında karşılaştırma yapılacak olursa tarafımızca yapılan meme kanseri kadınlara yönelik eş şiddeti çalışmasında kadınların yaş oranları arttıkça meme kanserine yakalanma düzeyleri ve eşleriyle birlikte geçirdikleri süre de göz önünde bulundurularak yaşadıkları şiddetin de arttığı görülmektedir (Tablo 4.5).

Doğu Asya’da 2017 yılında 1.256 meme kanserli ve 1.416 sağlıklı kadınla yapılan vaka kontrol çalışmasında, ilk doğumunu geç yapmanın meme kanserini yaklaşık 2 kat artırdığı gösterilmiştir (Li vd., 2017). Ankara’da 2016’da 290 meme kanserli kadınla yapılan çalışmada, 30 yaş ve sonrası doğum yapanların oranı %49,8 olarak bulunmuştur (Çakır vd., 2016). Malezya’da 2018’de toplam 7.663 kadınla yapılan vaka kontrol çalışmasında, 3.683 meme kanserli kadından %27,4’ü ilk doğumunu 30 yaş ve sonrasında yapmıştır (Tan vd., 2018). İran’lı 497 meme kanserli kadınla 2017 yılında yapılan bir çalışmada; 30 yaş sonrası doğum yapanların oranı %8,6’dır (Dianatinasab vd., 2017). Samsun’da 2014 yılında yaşayan 20 yaş üstü 711 kadının meme kanserlerinin incelendiği çalışmada, hiç doğum yapmayan ve 30 yaş sonrası doğum yapan kadınların oranı %18,9 olarak bulunmuştur (Aker vd., 2014). Bağdat’lı 250 kadının 2016’da meme kanseri hastalıklarının incelendiği çalışmada ilk doğum yaşı 30 yaş sonrası olan kadınların oranı %8,8’dir (Ewaid & Al-Azzawi, 2016). Ankara’da 2017’de bir ASM’ye başvuran 20 yaş üstü 311 kadının meme kanseri olma durumlarının incelendiği çalışmada 30 yaş sonrası doğum yapanların ve hiç doğum yapmayanların oranı %16,1 bulunmuştur (Türk vd., 2017). Tarafımızca yapılan çalışmada kadınlardaki çocuk sayıları ise ortalama olarak 3,13 olarak bulunmuştur. Meme kanserinin çocuk sahibi olup olmamaya ilişkilendirildiği yukarıdaki verilerle sabitlenmiş fakat yaptığımız çalışmada bu durum netlik kazanmamıştır. Yine aynı şekilde çocuk sayısı ile meme kanseri hastalarına uygulanan eş şiddeti ile ilgili kesin bir veri elde edilememiştir (Tablo 4.5).

5.2. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumları ve Türlerinin Tartışılması

Kadına yönelik şiddetle alakalı yapılan çalışmalarda, kadınların genel olarak yakın partnerlerinin şiddetine maruz kaldıkları belirtilmektedir. Kadının maruz kaldığı şiddet biçimi sadece fiziksel şiddet değildir. Kadına yönelik şiddet çalışmaları, farklı şiddet türlerinin olduğunu göstermiştir (Akkaş & Uyanık, 2016).

Meme kanseri tanısı alan kadınların eş şiddetlerinin incelendiği çalışmada kadınların tamamı duygusal/sözel şiddete maruz kalmıştır (Tablo 4.2). Duygusal şiddet, duyguların ve psikolojik gereksinimlerin baskılama, küçük düşürme, yaptırım uygulama gibi karşı tarafa zorbalık yapabilmek için istikrarlı bir biçimde istismar edilmesi; bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (Babacan, vd., 2020). Meme kanseri hastalarının gördükleri diğer şiddet türlerini sıralayacak

olursak; ikinci sırada ekonomik şiddet, üçüncü sırada cinsel ve son olarak fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (Tablo 4.2).

Mejri ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada eş şiddeti yaygınlığı %24,8 bulunmuştur. Çalışmaya göre yaygın şiddet biçimleri, ekonomik şiddet; belirli yiyecek ve giyim türlerine ciddi kısıtlamalar getirilmesi (%21), psikolojik şiddet; hastanın sağlık durumu hakkında mahrem bilgilerin başkalarına ifşa edilmesi, görmezden gelme, arkadaşları veya ailesini ziyaret etmeyi kısıtlama (%20), sözlü saldırı %9,2, fiziksel şiddet %7,9 ve diğer şiddet türleri şeklinde belirlenmiştir (Mejri vd., 2023). Fouladi ve arkadaşlarının 211 meme kanserli kadınla yaptığı çalışmada farklı şiddet türleri sorgulanmış ve %90 oranında eş şiddetinin farklı çeşitlerine maruziyet saptanmıştır (Fouladi, 2018). Fiziksel şiddet mağduriyeti %72,5 olarak bizim çalışmamızda oldukça yüksek orandadır. Sawin ve Parker'ın yaşlı meme kanserli kadınlarla yaptığı nitel çalışmada tüm kadınların her tür şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Sawin ve Parker, 2011). Sawin ve arkadaşlarının yine meme kanserli kadınlarla yaptığı başka bir çalışmada, en çok duygusal şiddete maruz kalındığı saptanmıştır (Sawin vd., 2009). Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmakla birlikte şiddetin kadınlar tarafından meme kanseri tanısı sonrası şiddetin sık yaşandığı ve kadının hastalık sürecindeki mücadelesinde eşinden destek beklerken, beklenen dışındaki farklı davranışların zorlayıcı olduğu düşünülmektedir.

Şiddet gören kadınlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan çok çeşitli etkiler gözlemlenmektedir. Bu kadınlarda en yaygın ve yoğun duygu korkudur. Kadının yaşadığı bu korku, evinin en güvenli yaşam alanı olması gerekirken kendisi için bir cehenneme dönüşmesine neden olmaktadır. Ayrıca, çocuklar da bu şiddet tehdidi altında yaşamakta ve şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet ortamında kadın, benlik saygısının zedelenmesi ve bu durumu saklama isteği nedeniyle kendisini çevresinden soyutlayabilir. Bu izolasyon, zamanla yalnızlık hissine ve depresif bir ruh haline yol açabilir. Uzun süreli şiddet, kadının bu durumdan kurtulamayacağı düşüncesini pekiştirebilir ve "öğrenilmiş çaresizlik" duygusuna neden olabilir. Kadın ayrıca eşinden gördüğü şiddeti "hak ettiğini" düşünerek kendisini suçlayabilir ve değersizlik duygusu yaşayabilir (Kandemirci vd., 2014).

Cinsel şiddet, bireylerin cinsel davranışlara zorlanması, cinsel saldırı, cinsel istismar ve diğer cinsel eylemlerle ilgili şiddet biçimlerini kapsar. Bu tür şiddet, rıza olmaksızın gerçekleştirilen cinsel eylemleri ve cinsel zorlamayı içerir (CDC, 2023).

Tarafımızca yapılan çalışmada cinsel şiddete yönelik 213 meme kanseri hastasının 64 tanesinin cinsel şiddet gördükleri tespit edilmiştir. Bu değerler oran olarak %30,1 sonucunu vermektedir. Yani kadınların gördükleri şiddet türlerinden bir diğer önemlisi cinsel şiddete maruz kaldıkları gerçeğidir (Tablo 4.2).

Meme kanseri olan kadın hastaların karşılaştığı bir diğer şiddet durumu olan ekonomik şiddet ise onların tedavi olanaklarını zorlaştırmaktadır. Ekonomik şiddet; finansal kaynakların ve paranın kadınları tehdit etmek, kontrol etmek, baskı altına almak ve yaptırım olarak kullanılmasıdır (İnci, 2019). Ekonomik şiddet kadınların en çok karşılaştıkları şiddet türlerinden ikincisi olduğu sonucuna varılmıştır. Meme kanseri tanısı alan 213 kadın hastadan 98 tanesinin ekonomik şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ekonomik şiddetin yaptığımız çalışmadaki oranı %46 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tarafımızca yapılan çalışmada meme kanseri tanısı almış olan kadınların eş şiddetine maruz kalma durumları Tablo 4.3'te detaylı olarak kişilerin demografik özelliklerine göre sınıflandırılmıştır. Bunlar arasında; medeni durum, eğitim durumu yaşanan yer, gelir durumu, çalışma hayatı, kemoterapi alma ve ameliyat olma durumlarına yönelik veriler bulunmuştur.

İkamet edilen bölgeye göre farklılığın hangi sınıf kaynaklı ortaya çıktığını belirlemek amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD), tüm sınıfların birbirlerinden farklı olduğu görülmüştür. Kırsal kesimde yaşayan kişilerin puanları, ilçe ve kentte yaşayan kişilerin puanlarından daha yüksektir. Ayrıca, ilçe de yaşayanların puanları da kentte yaşayanlardan daha yüksektir. Yine tarafımızca yapılan çalışma verilerine göre Tablo 4.4'de görüldüğü üzere, medeni hal, çalışma durumu ve ameliyat olma durumuna göre Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

5.3. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eş Şiddeti Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Kadına Yönelik Eş Şiddeti alt ölçeği ortalamalarındaki farklılık yerleşim yeri, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kemoterapi ve ameliyat durumuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). İkamet edilen bölgeye göre farklılıkların hangi sınıf kaynaklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan detaylı analizde (LSD), tüm sınıfların birbirlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, kırsal kesimde yaşayan kişilerin puanları, ilçe ve kentte yaşayan

kişilere göre daha yüksektir. Ayrıca, ilçe de yaşayan kişilerin puanları, kentte yaşayan kişilerin puanlarından daha yüksektir (Tablo 4.4). Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey arttıkça meme kanseri riski azalmaktadır. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey bağımsız birer risk faktörü olmaktan ziyade, yaşam tarzı ve üreme alışkanlıkları değiştiği için riskin arttığı düşünülmektedir (Braaten, 2014; Koçak vd., 2011). Türkiye'nin batısında meme kanseri sıklığı doğusuna oranla 2 kat fazladır. Bu durumun sebebinin ülkenin batısındaki yaşam tarzının batı toplumlarındaki yaşam tarzına benzemesi olduğu düşünülmektedir (Taşdelen, 2012). Bu farklı sosyoekonomik düzey meme kanseri hastalarını etkilediği gibi eşleri ile olan ilişkilerini de etkileyip sonuçta fiziksel, cinsel vb. şiddetlere sebebiyet vermektedir. Yapılan araştırma verilerine göre eş şiddetinin sosyoekonomik düzeyle ters orantılı olduğu saptanmıştır. Yani sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gelir durumu gider durumundan iyi olan insanlarda yaşanan meme kanseri hastalığı neticesinde eşlerinden şiddet görme olasılıkları azalırken tam tersi durum olan gelir seviyesi düşük giderleri fazla olan ailelerde yaşanan meme kanseri vakasında kadının maruz kaldığı şiddet artmaktadır (Tablo 4.4).

Tarafımızca yapılan araştırma neticesinde meme kanseri olan kadın hastalarda kemoterapi alma oranının almayanlardan yüksek olduğu ve yine aynı şekilde ameliyat olma durumunun olmama durumundan yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır (Tablo 4.4). Bu sonuçlara dayanılarak yorum yapacak olursak; kadınların meme organlarının toplumda kadınlığı simgelemesi, kadınların onları kaybetmemek ve hastalıktan kurtulmak için ameliyat olmak yerine kemoterapi almayı tercih etmeleri olağan karşılanmıştır. Olumsuz etkileyeceğini düşündükleri öngörülmektedir. Kemoterapinin etki etmediği ve cerrahi müdahale gerektiren bir durum oluştuğunda az da olsa bazı kadınların bu cerrahi müdahaleden kaçındıkları dikkat çekmiştir. Kadınların sahip oldukları kadınsal organ olan göğüsleri üzerindeki cerrahi işlemin onların hayatındaki partnerleri ile olan ilişkilerini olumsuz etkileyeceğini düşündükleri düşünülmektedir. Aile içinde eşlerinden yaşadıkları şiddetin boyutu hakkında bilgilere ulaşılmadan sadece meme kanseri hastalığı sonunda eşlerinden şiddet gören kadınların var olduğu verilerine ulaşılmıştır (Tablo 4.4).

5.4. Meme Kanseri Tanısı Almış Olan Kadınların Şiddete Yönelik Sözel İfadelerinin Tartışılması

Kanser, etkilenen bireyler ve aileleri için çeşitli fiziksel, duygusal, sosyal ve mali sonuçlarla ilişkili bir hastalıktır. Hastalar ölüm korkusu, acı, sakatlık, kısırlık, bağımlılık, terk edilme, değişen ilişkiler ve mali zorluk gibi büyük endişelerle başa çıkmak zorunda kalmaktadır (Mejri vd., 2023). Meme kanseri kadına yönelik yapılan şiddetin boyutu hakkında fikir sahibi olmak zordur fakat verilen veriler göz önünde bulundurularak kadınların hastalıktan yaşadıkları olumsuzluklara ek olarak partnerleri tarafından onlara uygulanan şiddet hayatlarını kötü etkilemektedir (Tablo 4.6). Eşlerden görülen destek, kanser tedavisi sürecinde hastalar için kritik bir iyileşme faktörüdür. Yapılan araştırmalar, güçlü bir desteğin, hastalık sürecinin yönetiminde önemli rol oynadığını göstermektedir (Martins Faria vd., 2021).

Şiddet gören kadınlar, genellikle sert ve geleneksel bir aile ortamında, etkisiz ve her şeye boyun eğen bir şekilde yetiştirilmişlerdir. Sosyal ilişkilerden uzak olan bu kadınlar, şiddetin tüm evliliklerde olduğunu düşünüp saldırganın davranışlarını kendilerine yüklemekte ve onun bir gün değişeceğini umut ederek bu duruma katlanmaktadırlar. Öz benlik saygısı düşük ve bağımlı kişilik özellikleri taşıyan bu kadınlar, ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunlara rağmen yaşadıkları şiddeti reddetmektedirler. Şiddete maruz kalan kadınlar genellikle utanç duymakta ve bu durumu kimseyle paylaşmamaktadır. Kendilerine sadece bu tür bir durumun yaşandığını ve bunu hak ettiklerini düşündüklerinden, yaşadıkları durumu yalnızca kendilerine özgü bir problem olarak görmekte ve paylaşmaktan kaçınmaktadırlar (Ermiş, 2013). Bu konuda elde edilen verilerle somut bir veriye ulaşılamamaktadır. Sağlık motivasyonu algısı, sağlığın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik istekli olma durumudur (Ersin ve Bahar, 2012). Eylemin davranışsal düzeylere aktarılması ve bireyin davranış sergilemeye istekli olmasını ifade etmektedir (Özçelik, 2019). Kadına yönelik şiddet, temel insan hak ve özgürlüklerini ihlal eden bir sorundur ve günümüzde dünya genelinde ve ülkemizde giderek daha yaygın ve sık görülen bir salgın olarak kabul edilmektedir. Bu durum hem toplumsal hem de bireysel düzeyde ciddi sorunlara yol açmaktadır (Havva vd., 2019). Kadına yönelik şiddetin varlığının toplumsal düzeyde bir sorun görülmesi ayrıca bu şiddetin kanser hastası kadınlar üzerinde yapılması bu insanlık suçunun daha da arttığını göstermektedir. Yaptığımız çalışma sadece belirli bir dönemde ve yine aynı şekilde coğrafi olarak Doğu Anadolu Bölgesinde yapılması

nedeniyle tüm Türkiye hakkında yorum yapılmasını ve genele yayılmasını olumsuz kılmaktadır (Tablo 4.4).

Meme kanseri, aile bireyleri ve sosyal yaşam üzerindeki rol ve sorumluluklar açısından önemli psikososyal etkiler yaratabilir. Kanser tanısının getirdiği şok, hasta, aile üyeleri ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişimlere neden olabilir. Bu süreçte bazı hastalar, aileleri ve yakın çevreleriyle daha güçlü bağlar kurarken, diğerleri sosyal ilişkilerden uzaklaşmayı tercih edebilir. Belirsizlik ve korku, hastaların sosyal destek ihtiyaçlarını artırabilir. Uzun süreli tedavi sürecinde ise hastalar, sosyal ilişkilerini sürdürmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanabilir ve destekten mahrum kalabilirler. Ayrıca, kadınlar evliliklerinin tehdit altında olabileceği ve eşleriyle duygusal bağlarının zayıflayabileceği endişelerini taşıyabilirler (Tünel vd., 2012). Yürüttüğümüz çalışmada, kadınların meme kanseri tanısı almasının, aile içindeki ve toplumdaki birey olarak karşılaştıkları sorunlar, psikolojik durumları ve eşleriyle olan ilişkilerindeki dinamiklerin dikkate alındığında, şiddet mağduru olmalarında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Tablo 4.6'da detaylı olarak incelediğimiz temalar ve bu temaların alt temaları neticesindeki veriler kadının meme kanseri sonucunda psikolojik olarak olumsuz etkilenmesini açıkça göstermektedir. Aile içindeki kadına yönelik şiddetin etkilerini inceleyen araştırmalar, bu tür şiddete maruz kalan kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. Şiddet, kadınların işlevselliklerini azaltmakta, ekonomik bağımsızlıklarını tehdit etmekte ve toplumsal katılımlarını sınırlamaktadır (Ekinci vd., 2024).

Meme kanseri kadınların sözel ifadelerinde yola çıkılarak hastalıkla baş etmenin güçlüğü yanı sıra eşlerinden evdeki iş yüklerini, çocuklarıyla daha çok zaman geçirememeye evde kadının üzerine yükledikleri sorumluluklar; yemek yapmak, evi temizlemek, ortalığı toparlamak, silmek, süpürmek, çocuklara bakmak gibi birçok görevin kanser ile aksaması sebebiyle eşleriyle aralarının açılmasına sebep olmuş hatta bu sorunlar birikerek eşleri ile olan cinsel yaşamlarını bile ciddi oranda etkilemiştir. Kadınların genel olarak sözel ifadelerinden yola çıkılarak eşlerinin bu hastalık sonrasında eşlerine bakışlarının değiştiği ilişkilerinin iyi gitmediği dile getirmektedir. Aynı şekilde bütün bu sorunların bir araya gelmesiyle kadına yönelik şiddet neticesine varılmaktadır. Kansere yakalanan kadınların sözel olarak dile getirdikleri bir diğer husus ise anlaşılmamak, kendilerinin

anlaşılamadığını dile getirmişlerdir. Buda bireyler arasındaki iletişimsizlik nedeniyle yine şiddetle sonuçlanmıştır diye yorumlanmaktadır (Tablo 4.6). Farklı çalışmalarda meme kanserli şiddet mağduru kadınların sözel ifadelerine yer verilmiştir kadınlar; şiddet nedeniyle tedavilerinin olumsuz etkilendiğini, iyileşme sürelerinin uzadığını, farklı türlerde özellikle duygusal olarak şiddetten etkilendiklerini, depresyona girdiklerini, stres yaşadıklarını, duygusal bağlarının zayıfladığını, cinsel hayatlarının olumsuz olarak etkilendiğini, aile ilişkilerinin bozulduğunu ve şiddet mağduru olmalarına rağmen danışmanlık ve destek alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde sonuçlar ile karşılaşılmıştır (Fauladi vd., 2021; Jetelina vd., 2020; Mejri vd., 2023; Parker ve Sawin , 2011; Sawin vd., 2009).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, meme kanseri tanısı almış kadınların eş şiddeti durumları ve bu durumu etkileyen faktörler incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Çalışma grubu içinde meme kanseri tanısı almış kadınların eşlerinden gördükleri şiddet oranı yüksek bulunmuştur.
- Eş şiddeti yaşama oranı, sosyodemografik faktörler ile ilişkili olarak değişkenlik göstermiştir.
- Eğitim düzeyi düşük olan ve düşük gelir grubundaki kadınların eş şiddeti yaşama oranı daha yüksek bulunmuştur.
- Yaş, aile yapısı ve iş durumu gibi faktörler de eş şiddeti riskini etkileyen önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir.
- Meme kanseri tanısı alan hastaların eşlerinden gördükleri şiddet, hastaların sosyal çevrelerinden izole olmasına sebep olmuştur.
- Eş şiddeti gören kadın hastalarda kırsal kesimde yaşayanların şehir merkezinde yaşayanlardan daha fazla şiddet gördüğü tespit edilmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Meme kanseri tanısı almış kadınlar için eş şiddetinin sağlık üzerindeki etkilerini anlatan farkındalık ve eğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlar hem sağlık profesyonellerine hem de toplumun genel bireylerine yönelik olmalı ve şiddet mağduru kadınların hakları ve destek mekanizmaları hakkında bilgi vermelidir.
- Eş şiddeti mağduru kadınlar için psikolojik danışmanlık, sosyal destek ve acil yardım hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması gerekmektedir. Özellikle sağlık kurumlarında, şiddet mağduru kadınlar için özel destek birimleri oluşturulmalı ve bu birimlerde eğitimli personel görevlendirilmelidir.
- Eğitim düzeyini artırmak ve ekonomik destek sağlamak, eş şiddeti riskini azaltabilir. Eğitim programları ve iş imkanları yaratmak, kadınların ekonomik bağımsızlıklarını artırabilir ve şiddet mağduriyetini azaltabilir.

- Eş şiddeti ve meme kanseri ilişkisini daha iyi anlamak için kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar, politika yapıcılar için temel oluşturacak veriler sağlayabilir ve eş şiddetinin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmak için etkili stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.
- Toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik eden ve eş şiddetini önlemeye yönelik yasal düzenlemelerin güçlendirilmesi gerekmektedir. Şiddeti önleme ve mağdurları koruma konusunda etkili yasalar ve politikalar oluşturulmalıdır.

Bu sonuçlar ve öneriler, meme kanseri tanısı almış kadınların eş şiddeti ile ilgili yaşadıkları sorunların anlaşılması ve bu sorunlara yönelik etkili çözümler geliştirilmesi açısından önemli bir temel sağlamaktadır.



KAYNAKLAR

- Abbasi, A., Mirhosseini, S., Basirinezhad, M. H., & Ebrahimi, H. (2020). Relationship between caring burden and quality of life in caregivers of cancer patients in Iran. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4123-4129. Doi: 10.1007/S00520-019-05240-Y.
- Acebedo, J. C., Haas, B. K., & Hermanns, M. (2021). Breast cancer–related lymphedema in Hispanic women: a phenomenological study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(1), 41-49.
- Açmaz, G., Aksoy, H., Cingilloğlu, B., Madendağ, Y., Aksoy, Ü., Özyurt, S., & Uysal, G. (2015). Endometrial Kanser Saptanan Olgularda Operasyon Sonuçlarının Ve Bazı Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 5(1), 18-24.
- Ahinkorah, B. O., Dickson, K. S., & Seidu, A. A. (2018). Women decision-making capacity and intimate partner violence among women in sub-Saharan Africa. *Archives of Public Health*, 76(1), 1–10.
- Aizpurua, E. & O'Connell, C. (2020). Erkeklerin Kadınlara Yönelik Psikolojik Şiddeti. İçinde: Shackelford TK, editör. *SAGE Aile İçi Şiddet El Kitabı*. 1. Kaliforniya: SAGE Yayınları; s. 98–112.
- Aker, S., Öz, H., & Kaynar Tunçel, E. (2014). Samsun İlinde Yaşayan Yirmi Yaş Üstü Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 10(4).
- Akhmedshina, F. (2020). Violence against women: A form of discrimination and human rights violations. *Mental Enlightenment Scientific; Methodological Journal*, 1(34),13-23.
- Akkaş, İ., & Uyanık, Z. (2016). Kadına Yönelik Şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 6(1), 32-42.
- Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Emiroğlu, O., Erefe, İ., Görak, G., Karataş, N., Kocaman, G ., Kubilay, G., & Seviğ, Ü., İnci. (2012). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*,s.1-5.
- Aksu, S. (2017). Adli Ebelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 277-284. <https://doi.org/10.17681/hsp.306089>

- Alan Dikmen, H., & Ilknur, M. (2020). "The relationship between domestic violence and the attitudes of women towards honor, gender roles, and wife-beating in Turkey". *Archives of Psychiatric Nursing*, 34 (5): 421-426. doi:10.1016/j.apnu.2020.07.012. ISSN 0883-9417.
- Al-Badayneh, DM.(2012). Ürdün'de kadına yönelik şiddet *Aile İçi Şiddet Dergisi*. 27(5):369–79
- Alkabban, F. M., & Ferguson, T. (2021). Breast Cancer. In statpearls. Statpearls
- Alkan, Ö., Oktay, E., Ünver, Ş., Gerni, E. (2020). Doğu Anadolu'daki üniversite öğrencilerinin finansal okuryazarlığını etkileyen faktörlerin sıralı regresyon modelleri kullanılarak belirlenmesi. *Asya Econ Finans Rev.* ;10(5):536–46.
- Alkan, E. (2019). Antik Yunan Eserlerinde Şiddetin İzdüşümleri. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 243-265.
- Almış, B. H., Gümüştaş, F., & Kütük, E. K. (2020). Kadına yönelik aile içi şiddetin kadın ve çocukların ruh sağlığına etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), 232-42.
- Al-Natour, A., Gillespie, G.L., Felblinger, D., Wang, L.L. (2014). Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence. *Violence Against Women*, 20 (s. 1473- 1488). Doi: 10.1177/1077801214559057.
- Amanat, M., Naghdi, K., Saeedi Moghaddam, S., Ahmadi, N., Rezaei, N., Saadat, S., ... & rahimimovaghar, V. (2021). The trend of interpersonal violence mortality at national and provincial levels in Iran from 1990 to 2015. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21-22), 10239-10266.
- Ambikile, J. S., Leshabari, S., Ohnishi, M. (2020). Knowledge, attitude, and preparedness toward IPV care provision among nurses and midwives in Tanzania. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-7.
- American Cancer Society (ACS). (2018). Breast Cancer Facts & Figures 2018-2019. Atlanta: American Cancer Society 4-17.
- Antai, D., Antai, J., & Anthony, D. S. (2014). The relationship between socio-economic inequalities, intimate partner violence and economic abuse: A national study of women in the Philippines. *Global Public Health*, 9(7), 808–826.

- Arabacı, L. B., & Uygun, T. (2022). Şiddet uygulayan ve şiddet uygulanan bireylerin özellikleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(1), 38-46.
- Archangelo, S. D. C. V., Sabino, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 74, e883.
- Aristokli, N., Polycarpou, I., Themistocleous, S.C., Sophocleous, D. & Mamais, I. (2022). Tümör tipi, meme yoğunluğu ve hastanın geçmişine göre meme kanserinin tespiti için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI), ultrason ve mamografinin tanı performansının karşılaştırılması: Bir inceleme. *Radyografi*, 28(3), 848-856.
- Ayman, Z., & Şenol, N., (2012). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri, Sonuçları, Alınacak Önlemler., Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Projesi., s.1-89.
- Babacan Gümüş, A., Şıpkın, S., Erdem, Ö. (2020). Kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 79-87.
- Bagheri, M., & Mazaheri, M. (2015). Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3.
- Bahadır Yılmaz, E., Yüksel, A. (2023). Kadına yönelik şiddet eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin şiddete yönelik tutumları, mesleki tutumları ve şiddetin belirtilerini tanıma düzeylerine etkisi: Yarı deneysel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 508-516
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., Creedy, D. K. (2015). An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*, 28(3), 215-220.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2023). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017.*
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. (2020). Gender Social Norms Index: Insights from the Global Gender Gap Report. UNDP

- Birleşmiş Milletler Türkiye. (2021, 29 Kasım). Birleşmiş Milletler Kadın Birimi kadınlara yönelik şiddete #kayıtsızkalmayın çağrısında bulunuyor[Duyuru]. Elde Edilme Tarihi: 1 Mart, 2022, www.turkey.un.org
- Biroli, F. (2018). Violence against women and reactions to gender equality in politics. *Politics & Gender*, 14(4), 681-685.
- Black, M.C. (2011) Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5:428–439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical-surgical nursing: clinical management for desired outcomes (8th edition). Elseiver. <https://onsearch.id/Record/IOS2878.BKARN0000000000000243>
- Black, M. C. (2011). Intimate partner violence and the health of women: A review of the literature. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 18(4), 187-193.
- Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006) Gender Roles and Society. *Journal of Marriage and The Family*, 57, 5.
- Braaten, T., Weiderpass, E., Kumle, M., Adami, H. O., & Lund, E. (2004). Education and risk of breast cancer in the Norwegian-Swedish women's lifestyle and health cohort study. *International journal of cancer*, 110(4), 579-583.
- Breiding, M., Basile, K.C., Smith, S.G., Black, M.C., & Mahendra, R. R. (2015). Intimate partner violence surveillance: *Uniform Definitions and Recommended Data Elements*.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. Ankara:Pegem Akademi Yayınları. CA Kanser J. Kliniği. , 63(1) , s.11-30.
- Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Cinsel istismara uğramış kadınlarda servikal taramanın önündeki engeller: keşif amaçlı bir çalışma. *Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Dergisi*, 38(4), 214-220.
- Cao, M., Tang, Y., Luo, Y., Gu, F., Zhu, Y., Liu, X., & Liming, W. (2023). Mitofajiyi modüle eden doğal bileşikler: Kanser tedavisine yönelik çıkarımlar. *Kanser Mektupları*, 216590.

- CDC. (2021). Risk and protective factors for perpetration. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>
- CDC. (2022a). Fast facts: Preventing intimate partner violence. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>
- CDC. (2022b). Fast facts: Preventing sexual violence. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/fastfact.html>
- CDC. (2023). National violent death reporting system (NVDRS). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>
- Cesario, S. K., McFarlane, J., Nava, A., Gilroy, H., & Maddoux, J. (2014). Linking Cancer and Intimate Partner Violence. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1).
- Coker, A. L., Follingstad, D. R., Garcia, L. S., & Bush, H. M. (2017). Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer Causes & Control: CCC*, 28(1), 23–39. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s10552-016-0833-3>.
- Coker, A. L., Follingstad, D., Garcia, L. S., Williams, C. M., Crawford, T. N. ve Bush, H. M. (2012). Yakın partner şiddeti ve çocuklukta cinsel istismarın kadınlarda kanserle ilgili iyi oluş ile ilişkisi. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 21(11), 1180-1188.
- Cordero, A. M. J., Villar, M. N., Sánchez, N. M., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A., & Valverde, G. E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutricion hospitalaria*, 31(1).
- Corrêa, I. T., & Faria, E. R. (2021, June). An analysis of violence against women based on victims' reports. In *Proceedings of the XVII Brazilian Symposium on Information Systems*, s.1-8.
- Çakır, S., Kafadar, M. T., Arslan, Ş. N., Türkan, A., Kara, B., & İnan, A. (2016). Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(3), 186-194.

- Çelik, M. F., Yılmaz, R., Dural, A. C., Yabul, F. Ç., Baytekin, H. F., Kapan, S., & Alış, H. (2019). Intraduktal papillom olgularının cerrahi sonrası değerlendirilmesi; radyolojik ve patolojik bulguların korelasyonu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82(2), 69-74.
- Çidem, F., & Ersin, F. (2019). Kadınların sosyal destek ve öz etkililik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(3), 183-190.
- Damra, J. K., & Abujilban, S. (2018). Violence against women and its consequences on women's reproductive health and depression: A Jordanian sample. *J Interpers Violence*, 36(5-6), NP3044- NP3060.
- Deniz, T. (2019). *Kadına yönelik eş şiddet ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Dianatinasab, M., Mohammadianpanah, M., Daneshi, N., Zare-Bandamiri, M., Rezaeianzadeh, A., & Fararouei, M. (2018). Socioeconomic factors, health behavior, and late-stage diagnosis of breast cancer: considering the impact of delay in diagnosis. *Clinical Breast Cancer*, 18(3), 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.09.005>
- Dionigi, F., Martinelli, V., Trotti, E., Ferrari, A., Garcia-Etienne, C. A., Valle, A. D., Grasso, D., Ferraris, E., Rizzo, G., Praticò, V., & Sgarella, A. (2020). "My Husband Affects Me More Than My Cancer": Reflections on Simultaneous Intimate Partner Violence and Breast Cancer Experience in a 48-Year-Old Woman. *Journal of Cancer Education*, 35(5), 1041–1045. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01661-9>
- Doğan, K. & Karaman, N. (2023). Şiddeti Adlandırma ve Anlama: Türkiye’de Şiddete Maruz Kalan Kadınların Deneyimleri ve Baş Etme Stratejileri, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 75, 71–86.
- DSÖ (Ed.). (2014). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.
- DSÖ, (2014). World Health Organization (WHO). Violence against women Intimate partner and sexual violence against women.

- DSÖ. (2013), “Responding to İntimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women - WHO Clinical and Policy Guidelines”, Italy: World Health Organization.
- DSÖ. (2014). Global status report on violence prevention 2014. Wold Health Organization..
- DSÖ. (2021, Kasım). *Kadına yönelik şiddet* . Yazar. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- DSÖ. Kadına yönelik şiddetin küresel ve bölgesel tahminleri: yakın partner şiddeti ve partner dışı cinsel şiddetin yaygınlığı ve sağlık üzerindeki etkileri. Cenevre Dünya Sağlık Örgütü; 2013.
- DSÖ. Yakın Partner Şiddeti. 2021. Çevrimiçi olarak mevcuttur: <https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence/>
- Dursun, S., & Özdemir, E. (2024). Türkiye’de İş Yerinde Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı ve Etkisi: Kesitsel Bir Anket Çalışması. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 305-332.
- Dünya Sağlık Örgütü (2013). Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Küresel ve Bölgesel Tahminler: Yakın Partner Şiddeti ve Partner Dışı Cinsel Şiddetin Yaygınlığı ve Sağlık Etkileri. Üreme Sağlığı ve Araştırma Dairesi Başkanlığı Cenevre, İsviçre: Londra Hijyen ve Tropikal Tıp Okulu, Güney Afrika Araştırma Konseyi.
- Ekinci, E., Yıldırım, U. U., Tarımer, M. L., & Balcı, Y. (2024). Kadına Yönelik Eş Şiddeti Olgularında, Ruhsal Bulguların Travma Ağırlığının Belirlenmesine Etkisi. *Adli Tıp Dergisi*, 38(1), 5-14.
- Elghossain T, Bott S, Akik C, Obermeyer CM (2019) Prevalence of intimate partner violence against women in the Arab world: a systematic review. *BMC Int Health Hum Rights* 19:29. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0215-5>
- Else-Quest, N. M., LoConte, N. K., Schiller, J. H., & Hyde, J. S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, 24(8), 949-964.
- Erdoğan, İ. (2021). Kadına yönelik şiddet araştırmalarında şiddetin cinsiyeti: karşılaştırmalı bir analiz (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Ermiş, E., (2013)., Kadın Sığınma Evinde Kalan Ve Kalmayan Kadınlarda Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi Ve Psikosomatik Belirtiler: Bursa İli Örneği., T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi., İstanbul
- Ersin, F.,Bahar, Z. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1): 28-38. Erişim adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4609/ersin_28-38.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ewaid, S. H., & Al-Azzawi, L. H. A. (2017). Breast cancer risk assessment by Gail Model in women of Baghdad. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(2), 183-186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2016.09.001>
- Favez, N., Cairo, N. S., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *Br. J. Health Psychol.* 22, 169–185. doi: 10.1111/bjhp.12223
- Fawole, O. I. (2008). Economic violence to women and girls: is it receiving the necessary attention?. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(3), 167-177.
- Footy, M., McGuire, L., Kuldass, S., & O'Higgins Norman, J. (2019). Friendship quality and gender differences in association with cyberbullying involvement and psychological well-being. *Frontiers in psychology*, 10, 1723.
- Fouladi, N., Pourfarzi, F., Dolattorkpour, N., Alimohammadi, S., & Mehrara, E. (2018). Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 27(2), 434-441.
- Fouladi, N., Feizi, I., Pourfarzi, F., Yousefi, S., Alimohammadi, S., Mehrara, E., & Rostamnejad, M. (2021). Factors affecting behaviors of women with breast cancer facing intimate partner violence based on PRECEDE-PROCEED model. *Journal of Caring Sciences*, 10(2), 89–95. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.017>
- Fowler, J.R. (2013). *Anket araştırma yöntemleri*. Sage yayınları.

- Gabriel, D. & Peart, O. (2023). Ultrason Rehberliğindeki Meme Prosedürleri. *Radyoloji Hemşireliği Dergisi*, 42 (3), 284-289.
- Gandhi, S., Rovi, S., Vega, M., Johnson, M. S., Ferrante, J., & Chen, P. H. (2010). Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3), 343-353.
- Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts C, Abrahams N, (2013). editörler. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Küresel ve Bölgesel Tahminler: Yakın Partner Şiddeti ve Partner Dışı Cinsel Şiddetin Yaygınlığı ve Sağlık Etkileri. Cenevre, İsviçre: Dünya Sağlık Örgütü.
- Gökbulut, İ., & Özmen, M.(2011). *Commagene Journal of Biology*. 5(1), 12-17.
- Gökkaya, V. B. (2011). Türkiye'de kadına yönelik ekonomik şiddet. *Cumhuriyet University Journal Of Economics & Administrative Sciences/Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 12(2).
- Halk sağlığı genel müdürlüğü (2018). Meme kanseri ve mamografi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/meme_kanseri_ve_mamografi.pdf
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Meme kanseri istatistikleri. Meme Kanseri web sitesi . 2017'de güncellendi. Şu adreste mevcuttur: <https://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/index.htm>
- Havva, T. E. L., Kocataş, S., Güler, N., Aydın, H. T., & Gündoğdu, N. A. (2019). Evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve etkileyen faktörler. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 256-264.
- Heikkinen, S., Miettinen, J., Pukkala, E., Koskenvuo, M., Malila, N., & Pitkaniemi, J. (2017). Impact of major life events on breast-cancer-specific mortality: a case fatality study on 8000 breast cancer patients. *Cancer Epidemiology*, 48, 62-69.
- Houry,D., Kaslow,N.J., Kemball,R.S., McNutt,L.A., Cerulli,C., Straus,H., Rhodes, K.V.(2008). Does screeningin the emergency department hurt or help victims of intimate Partner violence. *Annals of Emergency Medicine*, 51, (s. 433-441). doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.11.019.

- İnci, R. (2019). Çalışan kadınlarda şiddet algısı ve bu algıda ekonomik şiddetin yeri. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 189-206.
- İpekten Alaman, M., Yıldız, H. (2014). Kadın doğum polikliniklerinde aile içi cinsel şiddet ve cinsel sorunlar: Türkiye'den bir örnek. *Kadın Sağlığı*, 54(5):439-54.
- Jetelina, K. K., Carr, C., Murphy, C. C., Sadeghi, N., Lea, S. J., & Tiro, J. A. (2020). The impact of intimate partner violence on breast and cervical cancer survivors in an integrated, safety-net setting. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(6), 906-914. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00902->
- Johnson, W. A. & Pieters, H. C. (2016). Kanser teşhisi konan kadınlar arasında yakın partner şiddeti. *Kanser Hemşireliği*, 39(2), 87-96.
- Jones, M.E., Schoemaker, M.J., Wright, L.B., Ashworth, A., Swerdlow, A.J. (2017). Smoking and Risk of Breast Cancer in The Generations Study Cohort. *Breast Cancer Research* 19:118 Doi:10.1186/S13058-017-0908-4
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009) Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. UNFPA Kadın Sığınma Evleri Projesi Eğitici Notları, 2010.
- Kaliampos, A., & Roussi, P. (2018). Quality of partner support moderates positive affect in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1298-1304.
- Kandemirci, D., & Kağncı, Y, D., (2014)., Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Baş Etme: Çok Boyutlu Bir İnceleme., *Türk Psikoloji Yazıları*, 17 (33), 1-12.
- Karabulutlu, E., Karaman, S., (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. doi: 10.17681/hsp.84549
- Karahan, M. S., Arpacı, F., & Esen, İ. (2022). Türkiye'de kadınlara yönelik şiddetin uygulanan sosyal politikalar bağlamında bireysel ve toplumsal boyutlarda etkileri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 36-41.
- Karlsson, K., Biguet, G., Johansson, K. & Nilsson-Wikmar, L. (2015). Meme kanseri olan hastalarda lenfödem tedavisine ilişkin algılar - bir hasta perspektifi. *İskandinav Bakım Bilimleri Dergisi*, 29(1), 110-117.
- Keskin, A. (2023). Türkiye'de Kadına Yönelik Cinsel Şiddeti Etkileyen Sosyoekonomik ve Demografik Faktörler Abdurrahman Keskin. *İstanbul İktisat Dergisi*, 73(1), 587-613.

- Kıran, Ş. (2023). Sağlık hizmetlerine erişim: Kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimine yönelik bir nitel çalışma.
- Kırsal ve Uzaktan Sağlık (2010). 10(1536): 1–13. <http://www.rrh.org.au> .
- Kısa, İ., Özkan, G., & Er, F. (2020). Meme tarama yöntemleri hakkında verilen videolu eğitimin ve yapılan takibin farkındalık düzeyine etkisi. *Kesit Akademi Dergisi*, 6(24), 67-77.
- Kimberg, L.S. (2008). Addressing intimate partner violence with male patients: a review and introduction of pilot guidelines. *J Gen Intern Med*, 23:2071–2078. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0755-1>.
- Kocan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The Journal of Breast Health*, 12(4), 145.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., & Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: istanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health*, 7(2).
- Krantz, G. & Garcia-Moreno, C. (2011), “Violence Against Women”, *J Epidemiol Community Health*, Vol.59: 818-821.
- Krook, Lena, & Mona. (2018). Violence against women in politics: A rising global trend. *Politics & Gender*, 14(4), 673–675.
- Kutin, J. J., Reid, M., & Russell, R. (2019). Special WSMC edition paper: What is this thing called money? Economic abuse in young adult relationships. *Journal of Social Marketing*, 9(1), 111-128.
- Latifi, M., Salimi, S., Barahmand, N., Fahimnia, F., & Farsani, L. A. (2018). Postmastectomy information needs and information-seeking motives for women with breast cancer. *Advanced Biomedical Research*, 7(1), 75.
- Lees, B. F., Stewart, T. P., Rash, J. K., Baron, S. R., Lindau, S. T., & Kushner, D. M. (2018). Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: a potentially vicious cycle. *Gynecologic Oncology*, 150(1), 166-172.
- Leite, M. A. C., Nogueira, D. A., & Terra, F. D. S. (2015). Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1082- 1089.

- Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A literature review on the mutual impact of the spousal caregiver–cancer patients dyads: ‘communication’, ‘reciprocal influence’, and ‘caregiver–patient congruence’. *European Journal of Oncology Nursing*, *18*(1), 58-65.
- Li, H., Qiu, Z., Li, F., & Wang, C. (2017). The relationship between MMP-2 and MMP-9 expression levels with breast cancer incidence and prognosis. *Oncology Letters*, *14*(5), 5865-5870.
- Loh, H. Y., Norman, B. P., Lai, K. S., Rahman, N. M. A. N. A., Alitheen, N. B. M., & Osman, M. A. (2019). The regulatory role of microRNAs in breast cancer. *International journal of molecular sciences*, *20*(19), 4940.
- Lopes, V. B., Lobo, A. P. A., Da Silva Junior, G. B., Melo, A. K., Lamboglia, C. G., & Silva, C. A. B. D. (2018). The experience of male spouses in the context of breast cancer: a systematic review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(1), 89-98.
- Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate partner violence and women's health. *Obstet Gynecol*, *134*(3), 470- 80.
- Manne, S., Kashy, D. A., Siegel, S., Myers, V. S., Heckman, C., and Ryan, D. (2014). Unsupportive partner behaviors, social-cognitive processing, and psychological outcomes in couples coping with early stage breast cancer. *Journal of Family Psychology*. *28*, 214–224. doi: 10.1037/a0036053
- Maree, J.E. & Beckmann, D. (2016). "Sadece yaşa": Meme kanseriyle ilişkili lenfödemle yaşamak zorunda kalmak. *Health SA Gesondheid* , *21* (1), 77-85.
- Martins Faria, B., Martins Rodrigues, I., Verri Marquez, L., da Silva Pires, U. & Vilges de Oliveira, S. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncología*, *18*(1). doi:10.5209/psic.74534
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., ... & Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(31), 3540-3546.

- Meier, F., Cairo Notari, S., Bodenmann, G., Revenson, T. A., & Favez, N. (2019). We are in this together—Aren't we? Congruence of common dyadic coping and psychological distress of couples facing breast cancer. *Psycho-oncology*, 28(12), 2374-2381.
- Mejri, N., Lajnef, I., Berrazega, Y., Rachdi, H., Bohli, M., Kochbati, L., & Hamouda, B. (2023). Intimate partner violence after cancer diagnosis: an SOS call. *Supportive Care in Cancer*, 31(2), 103.
- Mermer, G., & Dönmez, R. Ö. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet ve Mesleki Şiddete İlişkin Rollerini İle İlgili Tutumları. *Researcher*, 6(4), 129-143.
- Messing, J. T., Campbell, J. C., & Snider, C. (2017). Validation and adaptation of the danger assessment-5: A brief intimate partner violence risk assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3220-3230.
- Milosevic, M., Jankovic, D., Milenkovic, A., & Stojanov, D. (2018). Early diagnosis and detection of breast cancer. *Technology and health care : official journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 26(4), 729–759. <https://doi.org/10.3233/THC-181277>
- Mohanty, S. K., Wadasadawala, T., Sen, S., & Khan, P. K. (2023). Socio-economic variations of breast cancer treatment and discontinuation: a study from a public tertiary cancer hospital in Mumbai, India. *BMC Women's Health*, 23(1), 113.
- Muluneh, M. D., Stulz, V., Francis, L., & Agho, K. (2020). Gender Based Violence against Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 903. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030903>
- Nabaggala, M. S., Reddy, T., & Manda, S. (2021). Effects of rural–urban residence and education on intimate partner violence among women in Sub-Saharan Africa: A meta-analysis of health survey data. *BMC Women's Health*, 21(1), 1–23.
- Nindrea, R. D., Aryandono, T., & Lazuardi, L. (2017). Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast

Asia: a meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(12), 3201.

OECD. (2019). Kadına yönelik şiddet – Eşitsizlik . https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/violence-against-women/indicator/english_f1eb4876-en.

Oliveira, F. B. M., Silva, F. S., & Prazeres, A. D. S. B. D. (2017). Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2533-2540.

Oliveski, C. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Cogo, S. B., Cordeiro, F. R., Martins, F. C., & Paz, P. P. (2021). Experience of families facing cancer in palliative care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30, e20200669.

Öner, E., Girgin, S., Uslukaya, Ö., Bozdağ, Z., Gümüş, H., Uraççı, Z., & Gümüş, M. (2015). Güneydoğu Anadolu bölgesinde meme kanserinde tanı ve tedavide gecikme sebeplerine yönelik anket çalışması. *Journal Clinical Experimental Investigations www.jceionline.org Vol, 6(4)*.

Özçelik, K.E. (2019). Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Özdere, M. (2019). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutumları. *The Journal of Academic Social Science*, 95(95), 314-331.

Özkan, G. (2017). Kadına yönelik şiddet-aile içi şiddet ve konuya ilişkin uluslararası metinler üzerine bir inceleme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 533-564.

Özmen, V. (2014). Breast cancer in Turkey: clinical and histopathological characteristics (analysis of 13.240 patients). *The Journal of Breast Health*, 10(2), 98.

Öztürk, R. (2021). The impact of violence against women courses on the attitudes of nursing students toward violence against women and their professional roles. *Nurse Education in Practice*, 52, 103032.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and

Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3-9.

Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.

R. Wilson, P., J Thorpe Jr, R., Sharps, P., & Laughon, K. (2021). The relationship between housing instability and intimate partner violence: A retrospective study. *Public Health Nursing*, 38(1), 32–39

R. Siegel., D. Naishadham, A. (2013). Jemal Kanser istatistikleri.

Rajaei, A., Jensen, J. F., Brimhall, A. S., Torres, E. T., & Schwartz, A. J. (2021). Dyadic function of couples with cancer: A review. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 20(3), 279-302.

Ramaswamy (2019) Intimate Partner Violence (IPV) Screening and counseling services in clinical settings. <https://www.kf.org/womens-health-policy>. Accessed 29 Aug 2022.

Richard, A., Harbeck, N., Wuerstlein, R., & Wilhelm, F. H. (2019). Recover your smile: Effects of a beauty care intervention on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in patients with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(2), 401-407.

Roesch, E., Amin, A., Gupta, J., & García-Moreno, C. (2020). Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *British Medical Journal*, 369.

Sabancıoğulları, S., Taşkın Yılmaz, F., Çakmaktepe, G. (2016). The attitudes of nursing students towards violence against women and occupational role in violence, self-esteem and affecting factors. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(1), 35-43.

Salakari, M., Nurminen, R., Sillanmäki, L., Pylkkänen, L., & Suominen, S. (2020). The importance of and satisfaction with sex life among breast cancer survivors in comparison with healthy female controls and women with mental depression or arterial hypertension: results from the Finnish nationwide HeSSup cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3847-3854.

- Sheikhnezhad, L., Hassankhani, H., Sawin, E. M., Sanaat, Z., & Sahebihagh, M. H. (2023). Blaming in women with breast cancer subjected to intimate partner violence: A hermeneutic phenomenological study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *10*(3), 100-193.
- Sanz-Barbero, B., Barón, N., & Vives-Cases, C. (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS one*, *14*(10), e0221049.
- Sawin, E. M., & Parker, B. (2011). “If looks would kill then I would be dead”: intimate partner abuse and breast cancer in older women. *Journal of gerontological nursing*, *37*(7), 26-35.
- Sawin, E. M., Laughon, K., Parker, B. J., & Steeves, R. H. (2009). Breastcancer in the context of intimate partner violence: A qualitativestudy. *Oncology Nursing Forum*, *36*(6), 686–692.
- Scimeca, M., Trivigno, D., Bonfiglio, R., Ciuffa, S., Urbano, N., Schillaci, O., & Bonanno, E. (2021). Meme kanseri kemiğe metastaz: Epiteiden mezenkemale geçişten meme osteoblast benzeri hücrelere. Kanser biyolojisi seminerlerinde (Cilt 72, s. 155-164). Akademik Basın.
- Shapiro, J. (2018). “Violence” in medicine: necessary and unnecessary, intentional and unintentional. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, *13*(1), 7.
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., Cater, J., ... & Rosedale, M. (2009, July). Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 36, No. 4).
- Shih, Y.W., Hung, C.S., Huang, C.C., Chou, K.R., Niu, S.F., Chan, S., & Tsai, H.T. (2020). Tayvanlı kadınlar arasında akıllı telefon kullanımı ile meme kanseri riski arasındaki ilişki: bir vaka kontrol çalışması. *Kanser Yönetimi ve Araştırması*, 10799-10807.
- Siegel, S. D., Brooks, M. M., Lynch, S. M., Sims-Mourtada, J., Schug, Z. T., & Curriero, F. C. (2022). Racial disparities in triple negative breast cancer: toward a causal architecture approach. *Breast Cancer Research*, *24*(1), 37.

- Silva, L. C. D. (2008). Breast cancer and psychological suffering: Female-related aspects. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237.
- Speakman, E., Paris, R., Gioiella, M. E., & Hathaway, J. (2015). "I Didn't Fight for My Life to Be Treated Like This!": The Relationship between the Experience of Cancer and Intimate Partner Abuse. *Health & social work*, 40(1), 51-58.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. Elsevier Health Sciences.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
- Suyanti, L. P., Sriasih, N. G. K., & Armini, N. W. (2018). The relationship between husband's support and anxiety levels in cervical cancer patients undergoing chemotherapy at Sanglah House in 2013. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 6(1), 40-46.
- Şahin, N. E., Aslan, F., & Emiroğlu, N. O. (2018). Aile içi şiddetin önlenmesi için bir model önerisi: Halk sağlığı hemşiresinin ev ziyareti ile aile izlemi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 247-59
- Şener, G., Dirini, İ., Temur, N., Ahi, Ş., & Uyanık, Ş. (2019). Cinsiyetçi dijital şiddetle mücadele rehberi. Ankara: *Toplumsal Bilgi ve İletişim Derneği Yayınları*.
- Tan, M. M., Ho, W. K., Yoon, S. Y., Mariapun, S., Hasan, S. N., Lee, D. S. C., ... & Teo, S. H. (2018). A case-control study of breast cancer risk factors in 7,663 women in Malaysia. *PloS One*, 13(9), e0203469.
- Tani, F., Peterson, C., & Smorti, M. (2016). The words of violence: Autobiographical narratives of abused women. *Journal of Family Violence*, 31, 885-896.
- Tasdelen, İ. (2012). *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Meme Hastalıkları Kitabı*. In. Özmen V, editör. Güneş Tıp Kitabevi; 33-46.

- Tatlıoğlu, K., & Küçükköse, Y. (2015). The violence against the women in Turkey: the reasons, protectýons, prevention and intervention services. *Dicle University Social Sciences Institute Journal*, 7(13), 194-209.
- Taze, S. S., & Kanan, N. (2020). Experiences of women after breast cancer surgery. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 174.
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85-114.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türk, R., Eroğlu, K., Terzioğlu, F., & Taşkın, L. (2017). An example from the rural areas of turkey: Women breast cancer risk levels and application and knowledge regarding early diagnosis-scan of breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 13(2), 67.
- Türkiye Birleşik Veri Tabanı. (2014-2018). Kadınlarda meme kanseri yaşa göre insidans hızları Türkiye Sağlık Bakanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser İnsidansları, http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus İstatistikleri 2018 <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Türkiye Kanser İstatistikleri (2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html> (Erişim Tarihi: 04.07.2022)
- Undie, C.-C., Maternowska, C., Mak'anyengo, M., Birungi, H., Keesbury, J., & Askew, I. (2012). Routine screening for intimate partner violence in public health care settings in Kenya: An assessment of acceptability. *Population Council*. <https://doi.org/10.31899/rh3.1027>
- United Nations, International Day for the Elimination of Violence against Women, 2020 <https://www.un.org/en/observances/ending-violence-against-women-day> Erişim Tarihi:12.11.2023.

- UNODC. (2013). *World drug report 2013*. United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/documents/world_drug_report_2013.pdf
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
- Ünlü, S. & Kavas, A.B. (2021). Kadın üniversitelerinin aile ve kariyere yönelik düşünceleri ve toplumsal cinsiyet rollerinin lisans üstü eğitim politikası üzerindeki rolü (Yüksek Lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Vale, C. C. S. D. O. D., Dias, I. C., & Miranda, K. M. (2017). Breast cancer: the impact of mastectomy on women's psyche. *Mental*, 11(21), 527-545.
- Violence Against Women Prevalence Estimates 2018. Dünya Sağlık Örgütü.
- Watson-Johnson, L. C., Townsend, J. S., Basile, K. C., & Richardson, L. C. (2012). Cancer screening and history of sexual violence victimization among US adults. *Journal of Women's Health*, 21(1), 17-25.
- Willie, T., & Kershaw, T. (2019). An ecological analysis of gender inequality and intimate partner violence in the United States. *Preventive Medicine*, 118, 257-263.
- World Health Organization (WHO). (2013), Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook.
- World Health Organization (WHO). (2021). Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. Erişim adresi: www.who.int/publications/i/item/9789240022256
- World Health Organization. (2012). Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx,
- World Health Organization. [Internet]. Violence and injury prevention: global status report on violence prevention, Geneva; 2014, Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHONMH-NVI-14.2>.
- World Health Organization. WHO; 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (Erişim Tarihi: 7.11.2022)

- Yanık, A., Hanbaba, Z., Soygür, S., Ayaltı, B., & Doğan, M. (2014). Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye'den kanıt. *Ejovoc Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4(4), 104-111.
- Yavuz, K., & Çakıcı, F. O. (2021). Şiddet mağduru kadına verilen sosyal hizmetler: Trabzon ili örneği. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 10(19), 36-60. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Muğla.
- Yiğitcan, G. (2013). Kadına yönelik şiddet: Kırıkkale örneği (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Yüksel-Kaptanoğlu, İ., Türkyılmaz, A. S., & Heise, L. (2012). What puts women at risk of violence from their husbands? Findings from a large, nationally representative survey in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(14), 2743-2769.
- Zare Shahabadi, A., Hajizadeh Meymand, M., & Abraham Sadrabadi, F. (2010). The Effect of Social Support on Management and Treatment of Type II Diabetic Patients in Yazd. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences*, 18(4): 277-228.
- Zujić, P.V., Božanić, A., Jurković, S., Šegota, D., Dujmić, E. G., Čandrlić, B., & Karić, M. (2021). The role of self-evaluation and education of radiographers involved in a breast cancer screening program at Clinical Hospital Center Rijeka. *Radiography*, 27(4), 1162-1165.