

# Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarında Karşılaştıkları Şiddetin Boyun Eğici Davranışlar ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi\*

## *The Relationships of Violence Nursing and Midwifery Students Experience During Their Clinical Practices with Submissive Behaviors and Some Variables*

Hülya ARSLANTAŞ\*\*, Filiz ADANA\*\*, Sinem BAĞCI\*\*\*, Elif AYVA\*\*\*

İletişim/Correspondence: Hülya ARSLANTAŞ Adres/Adress: Adnan Menderes Üniv. Aydın S.Y.O. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Gençlik Cd. 09100 Aydın Tel: 02562148041-124 Faks: 02562124219 E-mail: hulyaars@yahoo.com

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları şiddetin boyun eğici davranışlar ve bazı değişkenlerle ilişkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, bir üniversitenin sağlık yüksekokulu hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile kesitsel olarak 2008–2009 eğitim öğretim yılının bahar yarıyılında 170 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırmada kullanılan soru formu, uygulamalarda ve çalışma ortamında karşılaşılan şiddete ilişkin literatürün taranması ile oluşturulmuştur. Veriler bu amaçla oluşturulan soru formu ve boyun eğici davranışlar ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin % 38,8'i klinik uygulamalarında şiddete maruz kaldığını; şiddet görenlerin % 69,6'sı psikolojik şiddet gördüğünü ve % 36'sı hocalarından şiddet gördüğünü belirtmiştir. Öğrencilerin % 25,9'u üniversite eğitimi öncesi şiddet gördüğünü, % 41,8'i annesine babası tarafından şiddet uygulandığını; % 46,4'ü bu şiddet türünün fiziksel şiddet olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin Boyun Eğici Davranış Ölçeği puan ortalaması  $34.72 \pm 8.56$  bulunmuştur. Hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerin ebelik bölümünde eğitim görenlere göre; Üniversite eğitimi öncesi şiddet görenlerin görmeyenlere göre Boyun Eğici Davranış Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Şiddet bütün toplumlarda görülen toplum sağlığı sorunudur. Sağlık çalışanlarının kendi aralarında var olan şiddet de bu sorunun bir parçasıdır. Öğrencilerin uygulama alanlarında şiddetten kendilerini nasıl koruyacakları yönünde onlara eğitimler verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Boyun eğici davranış, şiddet, hemşirelik öğrencisi, ebelik öğrencisi, boyun eğici davranışlar ölçeği.

### ABSTRACT

**Aim:** This study has been carried out to determine the relationships between violence nursing and midwifery students experience during clinical practices with submissive behaviors and some other variables.

**Method:** The cross sectional study was carried out on 170 nursing and midwifery students of Health School of a University in Spring Semester of 2008–2009 Education Period. Data were gathered by the questionnaire prepared in accordance to preliminary literature about violence experienced in practice work environments and Submissive Act Scale.

**Results:** 38,8% of students told that they had experienced violence during their clinical practices. Among those with violence experience 69.6% indicated that they experienced psychological violence and 36.0% had experienced violence from their teachers. 25.9% of all students told that they had experienced violence before their start at the university, 41.8% experienced violence by their parents and 46.4% and 46.4% told that they experienced physical violence. The students' mean score of Submissive Act Scale was  $34.72 \pm 8.56$ , in general. The submissive behavior points of nursing students and students experienced violence before university entrance were higher than those of midwifery students and students without violence experience, respectively.

**Conclusion:** Violence is a community health problem seen in all populations. Violence among health personnel is a part of this problem. The students should be educated about how they protect they self against violence in practice settings.

**Key Words:** Submissive behavior, violence, nursing students, midwifery students, submissive acts subscale.

\* 8. Ulusal ve Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur (4-6 Haziran 2009, Ankara), \*\* Yrd. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniv. Aydın S. Y. O., \*\*\* Öğrenci, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın S. Y. O., Hemşirelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi

Yazının gönderilme tarihi: 22.02.2011  
Yazının basım için kabul tarihi: 24.11.2011

## GİRİŞ

Şiddet insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 1998). Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırıdır (Saines 1999). Şiddeti Önleme Birliği'ne (The Violence Prevention Alliance- VPA) göre kişilerarası şiddet; fiziksel, cinsel, psikolojik ve mahrumiyet/ihmalden oluşmaktadır (VPA 2010).

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Hemşireler Birliği ve Uluslararası Toplum Kuruluşları işyerlerindeki şiddete karşı 2002 yılında bir duruş sergilemişler ve sağlık sektöründeki şiddetin araştırılması için işbirliği yaparak bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Bu işbirliği sonucunda yaptıkları çalışmayı “Sağlık Bakım Sektöründeki İş Yeri Şiddeti” ile ilgili çerçeve bir rehber basarak yayınlamışlardır. Bu rehber işyerlerinde meydana gelen şiddetle ilgili önemli bir rehber olmasına rağmen şiddetin önlenmesi ve nedenlerine ilişkin asıl faktörler araştırmada bulunmamaktadır. Son yıllarda kadınlara karşı şiddet çalışmaları kapsamında sağlık sektöründe hemşirelere karşı şiddet ile ilgili çalışmalar da yapılmaktadır. Araştırmalar kadınlara karşı şiddetin bütün dünyada bir yayılım gösterdiğini; bütün etnik, ırksal, bölgesel ve sosyoekonomik gruplarda kadınlara karşı şiddetin olduğunu göstermektedir (Hinchberger 2009). Amerika’da yapılan bir çalışmada 2000 yılında işyerinde şiddete uğrayan kadın sayısı 13.935 olarak bildirilmiştir (American Federation of Labor–Congress of Industrial Organizations 2006).

Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildi-

rildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği çalışma sonuçlarında öne çıkmıştır (Barrett 1997; Gates 1995). İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesindeki eksiklikler ve engeller nedeni ile gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kalındığı belirtilmiştir (Warshaw 1996). Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (Eliot 1997). Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını ve sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğunu göstermektedir (Ayrancı, Yenilmez, Balcı ve Kaptanoğlu 2006; Dalphond, Gessner, Giblin, Hijazzi ve Love 2000).

Hemşirelerin çoğunluğu kadındır ve sıklıkla güvenli olmayan çevrede çalışmaktadırlar. Bu nedenle de şiddet deneyimleme diğer profesyonel meslek gruplarından üç kez daha fazladır. Kadın hemşirelerin şiddet riski ile kadınların yaşamlarının diğer alanlarında şiddet görme durumları arasında ilişki olabilir (Hinchberger 2009).

Şiddetin varlığı, yeniden üretilişi ve doğrudan maruz kalanlar ile tanıklık edenler tarafından algılanışı, kişilik gelişimi, tutum ve davranışların gelişimi açısından önemlidir. Örneğin, toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak baba tarafından ev içinde uygulanan şiddetin çocuklar tarafından onaylanması, şiddetin varlığının kişilik gelişimi açısından ne denli önemli olduğunu göstermektedir (Güneş, Kaya ve Pehlivan 2000). Özgül bir davranış örüntüsü olarak üretilen şiddet; özdeşim sürecinin bir nesnesi haline dönüşerek farklı sonuçlar doğurabilir. Bu süreç şiddet gören bireyi şiddete yatkınlaştırabileceği gibi; benlik saygısında azalma, özgüven yitimi ve depresyona yatkınlık, “boyun eğici” bir davranış örüntüsü geliştirmeye de neden olabilir. Seligman’ın “öğrenilmiş çaresizlik kuramı”nda tanımladığı gibi, süregelen strese ve şiddete maruz kalan organizma tepkisizlik içeren bir davranış geliştirmektedir (Vollmayr ve Henn 2003). Günümüzde gençlerin kişilik gelişimlerinde, şiddet eğilimi ve ilgili

davranışları kadar boyun eğici davranışların varlığı da önemli yer tutmaktadır. Boyun eğici davranışlarla ilgili çalışmalarda sıklıkla bu davranışların depresyon belirtileriyle ve diğer bazı ruhsal bozukluklarla ilişkileri incelenmiştir (Allan ve Gilbert 2002; O'Connor, Berry, Weiss ve Gilbert 2002; Öngen 2006). Doğrudan şiddet ile boyun eğici davranış arasındaki bağlantılara odaklanan araştırmalar kısıtlıdır. Eşler arası, anne-baba-çocuk arası ve kişiler arası ilişkilerinde, kızgınlık ve saldırganlık gibi şiddet davranışlarını daha çok gösterenlerin; daha otoriter ve kontrolcü oldukları bildirilmektedir. Bu tür ilişki örüntülerinde ortaya çıkan boyun eğici davranışlar ve zayıf otoritenin de başta depresyon olmak üzere, birçok ruhsal sorun ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Allan ve Gilbert 2002; Öngen 2006).

Hemşirelik ve ebelik öğrencileri üniversite eğitimleri süresince teorik eğitimleri yanı sıra uygulamalı eğitimlerini de sürdürmek zorundadırlar. Uygulamalı eğitimlerinin yarısından çoğu hastanelerde geçmektedir ve bu sürede sağlık çalışanlarının karşılaştıkları her türlü muameleye onlar da maruz kalabilmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanları ile ilgili her türlü risk onlar için de geçerlidir. Hemşirelik ve ebelik eğitiminin amacı, kendine değer veren, öz güvenleri yüksek, insan ilişkileri iyi, atılgan meslek üyeleri yetiştirmektir (Velioğlu 1999; Yılmaz ve Ekinci 2001). Boyun eğici olmayan atılgan hemşire/ebe, hasta ile iyi iletişim kurarak, bütüncül ve istendik düzeyde sağlık bakımını sağlayabilir, hasta ve ailesini bakıma katabilir, hasta savunuculuğu ve liderlik rollerini gerçekleştirebilir. Ayrıca ekip içi iletişimi güçlendirebilir, ekiple yaşanabilecek sorunları, çatışmaları etkin olarak ele alabilir ve çözümlenebilir. Bu nedenlerle hemşirelerin ve ebelerin mümkün olduğu kadar boyun eğici davranışlara sahip olmaması gerekmektedir. Çünkü boyun eğici davranış özelliği beraberinde şiddet görmeyi, hakkını savunamayı, söylenilen her şeyi kabul etmeyi, sürekli birilerini memnun etme çabası içine girme eğilimini içerebilmektedir (Özkan ve Özen 2008).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışmaya rastlanılmıştır

(Ayrancı ve ark. 2006; Dalphond ve ark. 2000; DeMarco ve Roberts 2003; Elliott 1997; Hegney, Plank ve Parker 2003; Khalil 2009; Leiper 2005; Longo 2007; Rowell 2007; Sheridan-Leos 2008). Öğrencilerin uygulamalarında karşılaştıkları şiddet ile ilgili yurtdışında çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Farrell 1997; Griffin 2004; Hinchberger 2009). Ancak ülkemizde sağlık alanında hizmet verecek hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin uygulamalarında yaşadıkları şiddet ve boyun eğici davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma; hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları şiddetin boyun eğici davranışlar ve bazı değişkenlerle ilişkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

## **YÖNTEM**

Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Yüksekokulu hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile 2008–2009 eğitim öğretim yılının bahar yarıyılında final sınavlarından önceki hafta kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini kliniklere uygulamaya çıkan 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim görmekte olan 275 öğrenci oluşturmuştur. Evreni bilinen örnekleme yöntemi kullanılarak 0.95 güç ve 0.80 güven aralığında 170 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan öğrencilerin yazılı onamları alınmıştır.

## **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılacak form uygulamalarda ve çalışma ortamında karşılaşılan şiddete ilişkin literatürün taranması ile oluşturulmuştur (Hegney ve ark. 2003; Hinchberger 2009; Kaya, Güneş, Kaya ve Pehlivan 2004; Khalil 2009; Sheridan-Leos 2008 ). Veriler bu amaçla oluşturulan soru formu (sosyo-demografik ve şiddete ilişkin on birer sorudan oluşmuş olup toplam yirmi iki soru bulunmaktadır) ve boyun eğici davranışlar ölçeği ile toplanmıştır.

**Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği (BEDÖ)-Submissive Acts Scale (SAS):** Gilbert ve arkadaşları tarafından 1995 yılında oluşturulmuştur (Allan ve Gilbert 1995).

Ancak ölçeğin temeli, Buss ve Craik (1986)'in boyun eğici davranışlara yönelik madde örneklerini verdikleri çalışmalara dayandırılmıştır. BEDÖ, boyun eğici toplumsal davranışların düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin maddelerinin sadece sosyal davranışları içermesine dikkat edilmiş, duygu ifadelerine yer vermemeye özen gösterilmiştir. Güvenilirliğine yönelik çalışmalar iç tutarlılığının ve test-tekrar test güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermiştir. Kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği'nin Türk örneklemini üzerinde uyarlanması amacıyla yapılan araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiş, yukarıdaki değişkenler ile ilişkiler daha düşük bulunmuştur. Maddeler 1-5 arasında, 5'li Likert tipi puanlama esasına göre değerlendirilir. 16 maddeden oluşan ölçekten en düşük 16, en yüksek 80 puan alınabilir. Yüksek puanlar daha fazla boyun eğici davranışa işaret eder. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır (Savaşır ve Şahin 1997).

### Verilerin Analizi

Verilerin analizinde bağımsız gruplar "t" testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson momentler çarpımı korelasyonundan yararlanılmıştır. Farkların anlamlı çıktığı analizlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için *post hoc* test olarak LSD testi kullanılmıştır. İstatistiksel işlemler SPSS 11.5 paket programı aracılığıyla yapılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır.

### BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.17±1.40 olup; %95.9'u kadın; %54.1'i ebelik bölümü öğrencisi; %80'i çekirdek aileye sahip; %64.1'inin geliri giderine denktir ve ortalama 2 kardeşe sahiptirler (Tablo 1).

Öğrencilerin %38.8'i üniversite eğitimi sırasında klinik uygulamalarında şiddete maruz kaldığını; şiddet görenlerin %24.3'ü psikolojik şiddet gördüğünü ve %36'sı hocalarından şiddet gördüğünü belirtmişlerdir. Klinik uygulama sırasında gördüğü şiddet nedeni ile yaralandığını belirtenlerin oranı %3.1'dir. Öğrencilerin %25.9'u üniversite eğitimi öncesi şiddet gördüğünü,

%41.8'i annesine babası tarafından şiddet uygulandığını; %46.4'ü bu şiddet türünün fiziksel şiddet olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Öğrencilerin Boyun Eğici Davranış Ölçeği ortalaması 34.72±8.56 bulunmuştur. Öğrencilerin % 54.1'inin 34 ve altında; % 45.9'unun 34'ün üstünde BEDÖ puanına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve şiddet görme durumları ile BEDÖ puanları karşılaştırılmış; hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerin ebelik bölümünde eğitim görenlere göre ( $t=2.44, p=0.016$ ); üniversite eğitimi öncesi şiddet görenlerin görmeyenlere göre ( $t=-2.03, p=0.04$ ); BEDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

### TARTIŞMA

Öğrencilerin % 38.8'i klinik uygulamaları sırasında şiddete maruz kaldığını; şiddet görenlerin % 69.6'sı psikolojik şiddet gördüğünü ve % 36'sı hocalarından şiddet gördüğünü belirtmiştir. Klinik uygulama sırasında gördüğü şiddet nedeni ile yaralandığını belirtenlerin oranı % 3.1'dir. Hinchberger (2009) kliniklerde kız öğrenci hemşirelerin karşılaştıkları şiddeti araştırdığı çalışmasında; araştırmaya katılan öğrencilerin

**Tablo 1.** Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (N=170)

Özellikler			
Yaş Ortalaması	21.17±1.40		
Kardeş Sayısı	2 (Medyan)		
		n	%
Cinsiyet	Kadın	163	95.9
	Erkek	7	4.1
Bölüm	Ebelik	78	54.1
	Hemşirelik	92	45.9
Aile Tipi	Çekirdek	136	80
	Geniş	25	14.7
	Parçalanmış	9	5.3
Gelir	Gelir giderden az	51	30
	Gelir gidere denk	109	64.1
	Gelir giderden fazla	10	5.9
Toplam		170	100

**Tablo 2.** Öğrencilerin Klinik Uygulamaları Sırasında Şiddet Görme Durumlarına Yönelik İfadeleri (N=170)

Özellikler		n	%
Uygulamada Şiddet Görme Durumu	Hayır	104	61.2
	Evet	66	38.8
Uygulamada Görülen Şiddet Çeşidi	Fiziksel	2	3.0
	Cinsel	4	6.0
	Mahrum Bırakma	1	1.5
	Psikolojik	16	24.3
	Belirtmeyen	43	65.2
Uygulamada Şiddet Gördüğü Kaynak*	Hocalar	27	36
	Doktorlar	20	26.7
	Hastane Personeli (hemşire, hizmetli, diyetisyen v.b.)	15	20
	Refakatçi	13	17.3
Yaralanma Durumu	Hayır	64	96.9
	Evet	2	3.1
Üniversite Eğitimi Öncesi Şiddet Görme Durumu	Yok	126	74.1
	Var	44	25.9
Anne-Baba Arasındaki Şiddet Durumu	Yok	99	58.2
	Var	71	41.8
Anne-Baba Arasında Görülen Şiddet Çeşidi	Fiziksel	26	46.4
	Cinsel	2	3.6
	Mahrum Bırakma	9	16.1
	Psikolojik	19	33.9
<b>Toplam</b>		170	100

\* Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Boyun Eğici Davranış Ölçeği Puan Ortalaması

BEDÖ Puanı	n	%
34 ve altı	92	54.1
34 üstü	78	45.9

hepsinin ya şiddete uğradıklarını ya da şiddete tanık olduklarını; öğrencilerin %50'sinin uygulamadaki çalışan personel tarafından; %25'inin ise hasta tarafından şiddete uğradığını bildirmiştir. Longo ve Sherman (2007) hemşirelik öğrencileri arasında meslektaşlar arası şiddeti araştırdığı çalışmada; öğrencilerin % 53'ünün çalışan meslektaşları tarafından baskıya maruz kaldığını bildirmiştir. Özaltın, Arslantaş ve Barlas (1997) hemşire öğrencilerin uygulamalarında yaşadıkları yoğun üzüntülerini araştırdıkları çalışmada,

**Tablo 4.** Öğrencilerin Bazı Özellikleri ile Boyun Eğici Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkisi (N=170)

Özellikler/ BEDÖ	n	$\bar{X} \pm SS$	t/z	p
<b>Bölüm</b>				
Hemşirelik	92	36.17±7.98	t=2.44	p=0.016
Ebelik	78	33.00±8.94		
<b>Üniversite Eğitimi Öncesi Şiddet Görme Durumu</b>				
Hayır	126	33.98±8.14	t=-2.03	p=0.04
Evet	44	36.95±9.39		

1. sınıf öğrencilerinin %36.8'inin, 2. sınıf öğrencilerinin %34.7'sinin uygulamaları sırasında sağlık personelinin; 1. sınıf öğrencilerinin %19.2'sinin, 2. sınıf öğrencilerinin %51.5'inin ise uygulamaları sırasında öğretim elemanlarının kendilerine olumsuz davran-

dıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmamızın sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerdir. Öğrencilerin, uygulamaları sırasında bu kadar şiddet görmesinin nedenlerinden biri ezilmiş grup modelinde bulunabilir. Bu model hemşirelerin diğerleri tarafından baskılanarak ezilmiş ve güçsüzleştirilmiş bir grup olduğunu savunmaktadır. Güçlü ve dominant grup kontrolünde olan güç az güçlü gruba karşı ezme davranışı olarak kullanılır. Hemşirelik ezilmiş bir grup olarak tanımlanmaktadır. Bunun nedeni hemşireliğin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bir meslek olması ve erkek hekimler ve yöneticiler tarafından değerlendirilmeleridir. Öte yandan duyarlılık ve bakım verme gibi temel hemşirelik uygulamaları tıbbi uygulamalarla kıyaslandığında daha az önemli görünmektedir. Tıbbi uygulamalar sağlık bakımındaki asıl üretim olarak görülebilmektedir (DeMarco ve Roberts 2003; Farrell 1997; Woelfle ve McCaffrey 2007). Ezilmiş grup modelini destekleyen literatür şunu belirtmektedir; hemşireler otonomisizdir, işleri üzerinde kontrolleri yoktur, benlik saygıları düşüktür, duygulanım değişikliği yaşadıklarında boyun eğici-saldırganlık sendromu gösterebilirler. Boyun eğici-saldırganlık sendromu kavramı; bireylerin sahip olduğu gücünü kaybettiği zamanki hissini (boyun eğicilik); saldırganlık yoluyla da diğerlerine baskın bir şekilde tepki göstermelerini de (saldırganlık) olarak belirtmektedir. Ezilmişlik teorisinde ezilmiş bir grubun üyelerinin sergilemiş olduğu yaygın davranış karakteristikleri olarak düşük benlik saygısı ve kendinden nefret etme ifade edilmektedir. Hemşirelerde meslektaş şiddeti; meslektaşların ilgisizliği ve kişinin benlik saygısının düşüklüğü nedeni ile gelişebilir. Ezilmişlik teorisi; sağlık bakım ortamındaki hemşirelerin kendi algısı olan ezilmişlik ve güçsüzlük gibi algılarını kapsar. Ezilmiş bir grup olarak hemşireler kendi uygulamalarında az kontrole sahip olma ve uzaklaşma hissi yaşayabilirler. Bu da düşük benlik saygısı ve güçsüzlük hissi döngüsüne yol açar. Bu konudaki çelişki ezilmiş grup üyelerinin bu duygularını meslektaşlarını ezme davranışı göstererek ifade etmesidir ( DeMarco ve Roberts 2003; Freshwater 2000; Leiper 2005; Longo ve Sherman 2007; Roberts 2000; Woelfle ve McCaffrey 2007). Bu durum

duygusal, manevi ve psikolojik boyutları olan bir konudur. Bu zorlu iş çevreleri çoğunlukla iç ve dış çekişmenin artmasına neden olabilir. Ayrıca bu durum iş yerindeki saldırgan yönetim şekillerinin ve kurumun personel sayısını küçültmesinin de bir sonucu olabilir. Hemşirelikte meslektaşlar arası ezme ve baskı gösterme davranışı daha güçlüden güçsüze doğru olabilir. Buna bağlı olarak kişi zamanla meslektaşlar arası şiddet davranışının normal olduğuna inanabilir ve meslektaşlar arası şiddeti ünitenin kültürünün bir parçası olarak kabul edebilir. Yeni üyede bu döngüyü benimser ve ünitenin dinamiği olarak kabul eder. Bu sürecin sonucunda hatalarından dolayı şiddet görme ihtimali nedeni ile hemşire bilgi ve yardım gereksinimlerinde meslektaşlarına yönelmekten korkabilir (DeMarco ve Roberts 2003; Griffin 2004; Leiper 2005; Longo ve Sherman 2007; Rowell 2005). Meslektaşlar arası şiddeti doğuran diğer bir faktör de zaman ve görev baskısıdır. Hemşirelerin kurallar, görevler ve zaman kavramlarında çalıştıkları görülür. Hemşirelere bakıma yönelik aşırı yük verildiğinde stres yaşayabilirler. Bu konuya ilişkin yakınma ve itirazlarını ise ekip arkadaşlarına ya da hastalarına şiddet davranışı ile yönlendirebilirler (Farrell 2001; Leiper 2005; Ramos 2006). Meslektaşlar arası şiddeti doğuran üçüncü neden de cinsiyet faktörü olabilir. Hemşirelikte meslektaşlar arası şiddetin bu kadar çok olması çoğunlukla kadınların yürüttüğü bir meslek olmasından kaynaklanmaktadır. Kadınlar toplumsal rolleri nedeni ile çocukluklarından itibaren kızgınlıklarını bastırma ve dolaylı ifade etmeleri beklenerek yetiştirilirler ve bakım veren rolüyle büyütülürler. Bu nedenle bir ilişkinin zarar göreceğine inanırlarsa daha inandırıcı inkar ederler veya acı hislerini minimize ederler. İfade edilmeyen kızgınlık, engellenmişlik hissi kadın yeterince güçlü olduğunda en öndeki yerini alır. Bu inanç sistemi ile hemşireler az güçlüye ve aynı konumdaki engelleyene öfkelerini ifade etme eğiliminde olur. Bu pasif agresif davranış, gizli veya açık bir şekilde var olabilir (Martin, Stanley, Dulaney ve Pehrson 2008; Rowell 2007).

Öğrencilerin %25.9'u üniversite eğitimi öncesi şiddet gördüğünü, %41.8'i annesine babası tarafından şiddet

uygulandığını; %46.4'ü bu şiddet türünün fiziksel şiddet olduğunu ifade etmiştir. Kaya, Güneş ve Pehlivan (2004) Tıp Fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında da öğrencilerin %38.3'ü anne-babası arasında sözel, % 4.3'ü de fiziksel şiddet olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerden çocukluk döneminde sözel şiddet gördüğünü belirtenlerin oranı %80.2'dir. Çocukluk döneminde fiziksel şiddet görme oranı %62.8'dir. Öğrencilerin uygulamaları sırasında sözel şiddet gördüğünü ifade etme oranı %39.7'dir. Yapılan bir araştırmada ailelerin %30'unda fiziksel, %53'ünde sözel şiddet olduğu ve çocukların %46'sının fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun 2003).

Öğrencilerin Boyun Eğici Davranış Ölçeği ortalaması  $34.72 \pm 8.56$  bulunmuştur. Özkan ve Özen (2008) öğrenci hemşirelerin BEDÖ puan ortalamalarını  $34.88 \pm 8.7$ ; Kaya ve ark. (2004) Tıp Fakültesi öğrencilerinin  $36.15 \pm 8.57$ ; Öngen (2006) Türk adolesanların  $36.42 \pm 8.66$ ; Tümkiye, Aybek ve Çelik (2010)'in yoksul ailelerden gelen lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada kızlarda  $41.93 \pm 11.60$ ; erkeklerde  $38.42 \pm 11.32$  bulmuşlardır. Üniversite öğrencilerinin BEDÖ ortalamaları benzerdir. Ancak Tümkiye ve arkadaşlarının örneklem grubunda BEDÖ ortalamaları daha yüksektir. Bunun nedeni örneklem grubunun lise ve yoksul ailelerden gelmiş gençlerden oluşmuş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü ekonomik durumun düşüklüğü BEDÖ puanının yükselmesine neden olmaktadır (Kaya ve ark. 2004).

Hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerin ebelik bölümünde eğitim görenlere göre BEDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu konu ile ilgili olarak herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanılmamıştır. Bunun nedeni hemşireliğin ebeliğe göre bağımlı rollerinin daha fazla olması, eğitim programlarının daha yoğun olması, ağırlıklı olarak hastane uygulamalarında bulunmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Üniversite eğitimi öncesi şiddet görenlerin BEDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Şiddet ile boyun eğici

davranışlar arasındaki ilişki; şiddetin yarattığı çözümsüzlük, çaresizlik ve depresif duygudurumu aracılığıyla boyun eğici davranışların ve çekingen tutumların gelişmesini kolaylaştırma biçiminden kaynaklanıyor olabilir. Boyun eğici davranışların gelişiminde, aile içinde şiddet öyküsü yanında kişilik özelliklerinin de etkili olabileceği bildirilmektedir (Allan ve Gilbert 2002; Moses 1996). Var olan süregelen şiddetin bireyin özdeşim süreçlerini etkilediği, bireyin duygularını dışa vurma ve kendini ifade edebilme becerisini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu bulgu aile içi dinamiklerin ve anne-baba tutumlarının önemine işaret etmektedir. Çaresizlik boyun eğici davranışların gelişimine olanak verdiğçe, aile içi kriz büyümekte ve boyun eğiciliği pekiştirmektedir (Allan ve Gilbert 2002; O'Conner ve ark. 2002). Bulgularımızın tersine Kaya ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmada üniversite eğitimi öncesinde öğrencinin şiddet görme durumunun BEDÖ puanını etkilemediği şeklindedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Öğrencilerin yaklaşık üçte birinin uygulamalarında şiddet gördüğü ve bunun üçte ikisinin psikolojik şiddet olduğu görülmüştür. Öğrenciler en çok uygulamalarındaki hocalarından şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin dörtte birinin üniversite eğitimi öncesinde de şiddet gördükleri ve öğrencilerin yaklaşık yarısının annelerinin babalarından şiddet gördüğü bulunmuştur ve bunun da yarısı fiziksel şiddettir. Öğrencilerin yarısının boyun eğici davranış puanının ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerin ve üniversite eğitimi öncesi şiddet görenlerin BEDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Şiddet bütün toplumlarda görülen toplum sağlığı sorunudur. Sağlık çalışanlarının kendi aralarında var olan şiddet de bu sorunun bir parçasıdır. Bu sorunla mücadele etmek için şiddete ilişkin şiddet döngüsünü kırarak eğitimler planlanmalı, öğrencilerin uygulamaları sırasında kayıt tutabilecekler şiddete ilişkin formlar geliştirilmeli, öğrencilerin uygulama alanlarında şiddetten kendilerini nasıl koruyacakları yönünde onlara eğitimler verilmelidir.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Az bir örneklem grubunda ve tek bir üniversitede yapılmış olması araştırmamızın sınırlılığdır. Ayrıca hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde yapılmış şiddet ve boyun eğici davranışlarla ilişkiyi araştıran bir araştırmaya rastlanılmadığı için araştırma bulguları yerel düzeyde yapılmış araştırma bulgularıyla karşılaştırılamamıştır.

## KAYNAKLAR

Akın, A., Üner, S., Aslan, D., Esin, Ç., Coşkun, A. (2003). Kadın sağlığı ve sigara, şiddet, beslenme. Akın, S. (Ed.). Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Gen.Müd., HÜKSAM, UNFPA, Ankara, 88.

Allan, S., Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Pers and Individual Differences*, 19(3): 293-299.

Allan, S., Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personal Individ Differ.*, 32: 551-565.

American Federation of Labor–Congress of Industrial Organizations (2006). Violence against women in the workplace, <http://www.affcio.org/issues/jobseconomy/women/violence.cfm> (17.06.2010).

Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*, 21: 276-296.

Barrett, S. (1997). Protecting against workplace. *Public Manag.*, 79: 9-12.

Buss, D. M., Craik, K. H. (1986). Acts, dispositions, and clinical assessment: The psychopathology of everyday conduct. *Clinical Psychology*, 6: 387-406.

Dalphon, D., Gessner, M., Giblin, E., Hijazzi, K., Love, C. (2000). Violence against emergency nurses. *J Emerg Nurs.*, 26: 105.

DeMarco, R., Roberts, S. (2003). Negative behaviors in nursing. *American Journal of Nursing*, 103(3): 113–116.

Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage.*, 28: 38-41.

Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: Nurses views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3): 501–508.

Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed weeds: Why don’t nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35(1): 26–33.

Freshwater, D. (2000). Crosscurrents: Against cultural narration in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 481–484.

Gates, D. M. (1995). Workplace violence. *AAOHN J.*, 43: 536-543.

Griffin, M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6): 257–263.

Güneş, G., Kaya, M., Pehlivan, E. (2000). Tıp fakültesi öğrencilerinin ailelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. *Toplum ve Hekim*, 15: 391-397.

Hegney, D., Plank, A., Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 261–268.

Hinchberger, P. A. (2009). Violence against female student nurses in the workplace. *Nursing Forum Volume*, 44(1): 37-46.

Kaya, M., Güneş, G., Kaya, B., Pehlivan, E. (2004). Tıp fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 5-10.

Khalil, D. (2009). Levels of violence among nurses in Cape Town Public Hospitals. *Nursing Forum*, 44(3): 207-217.

Leiper, J. (2005). Nurse against nurse: How to stop horizontal violence *Nursing*, 35 (3): 44-45, [www.nursing2005.com](http://www.nursing2005.com).

Longo, J. (2007). Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3): 177–178.

Longo, J., Sherman, R.O. (2007). Leveling horizontal violence. *Nursing Management*, 38(3): 34-37, 50, 51.

Martin, M. M., Stanley, K. M., Dulaney, P., Pehrson, K. M. (2008). Perspectives in psychiatric consultation liaison nursing: The role of the psychiatric consultation liaison nurse in evidence-based approaches to lateral violence in nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1): 58–60.

Moses, R. (1996). Şiddet nerede başlıyor? *Cogito*, 6 (7): 23-27.

O’Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71: 19-27.

Öngen, D. E. (2006). The relationships between self-criticism, submissive behavior and depression among Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 41: 793–800.

Özaltın, G., Arslantaş, H., Barlas, G. (1997). Hemşire öğrencilerinin uygulamalarındaki yoğun üzüntüleri. *Noropsikiyatri Arşivi*, 33(2): 97-101.

Özkan, İ. A., Özen, A. (2008). Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (1): 53–58.

Ramos, M. C. (2006). Eliminate destructive behaviors through example and evidence. *Nursing Management*, 37(9): 34–41.



- Roberts, S. J. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating oneself of the oppression within. *Advances in Nursing Science*, 22(4): 71–82.
- Rowell, P. A. (2005). Being a 'target' at work or William Tell ads how the apple felt. *Journal of Nursing Administration*, 35(9): 377–379.
- Rowell, P. A. (2007). Lateral violence: Nurse against nurse. Retrieved January 28, 2008, <http://www.nursingworld.org/mods/mod440/lateralfull.htm>
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. *Accid Emerg Nurs.*, 7: 8-12.
- Sheridan-Leos, N. (2008). Understanding lateral violence in nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3): 399-403.
- Savaşır, I., Şahin, N. H. (1997). Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği. Bilişsel- Davranışçı Terapilerde Değerlendirme Sık Kullanılan Ölçekler. Özyurt Matbaacılık., Ankara, 100-103.
- The Violence Prevention Alliance (VPA) (2010). Violence prevention, <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html> (17.09.2010).
- World Health Organization (WHO) (1998). *Violence and Health: Task Force on Violence and Health*. Cenevre.
- Tümekaya, S., Aybek., B. Çelik, M. (2010). Yoksul ailelerden gelen ergenlerde psiko-sosyal bir olgu olarak umutsuzluk ve boyun eğici davranışların incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.*, 7:1, <http://www.insanbilimleri.com> (17.09.2010).
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1. basım, Alaş Ofset Matbaası, İstanbul, 53-60.
- Vollmayr, B., Henn, F. A. (2003). Stres models of depression. *Clin Neurosci Res.*, 3: 245-251.
- Warshaw, L. J. (1996). Workplace violence: Preventive and inter-ventive strategies. *J Occup Environ Med.*, 38: 993-1006.
- Woelfle, C. Y. McCaffrey, R. (2007). Nurse on nurse. *Nursing Forum*, 42(3): 123–132.
- Yılmaz, S., Ekinci, M. (2001). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*, 4(2): 1-10.