



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN KADINA YÖNELİK
ŞİDDET İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞ DÜZEYLERİ**

İNCİ DERYA YAYLA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ADLİ HEMŞİRELİK PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. M. Akif İnancı

İkinci Tez Danışmanı
Doç. Dr. Başar Çolak

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-Adli Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Sahibi : İnci Derya YAYLA

Tez Başlığı : Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri

Sınav Yeri : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 25.02.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. M. Akif İNANICI

Kurumu

M.Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

Doç.Dr. Başar ÇOLAK

KO.Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı,
Soyadı)

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. M. Akif İNANICI

M.Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

Doç.Dr. Başar ÇOLAK

KO.Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 02../04../2009 tarih ve 28. sayılı kararı ile

onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

09.02.2009

İnci Derya YAYLA

Araştırmamın her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, özenli ve duyarlı yaklaşımı ile daima teşvik ve önerilerde bulunan değerli hocam ve danışmanım

Sayın Prof. Dr. M. Akif İnancı 'ya,

Tezimi oluşturma aşamasında değerli bilgi birikimi ile yol gösteren, yöntem ve içerik konusunda, sabırlı ve titiz yaklaşımı ile çalışmalarına zaman ayıran değerli hocam ve ikinci danışmanım

Sayın Doç. Dr. Başar Çolak'a,

Tezimin istatistik çalışmalarında, yoğun iş temposunun arasında, değerli bilgileri ile yardım ve desteğini esirgemeyen KO.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

Sayın Doç. Dr. Nilay Etiler'e,

Çalışmalarım sırasında her zaman yardımcı olan, bana güvenen ve desteklerini hiç esirgemeyen başhemşirem

Sayın Leyla Kahraman'a ve Çalışma Arkadaşlarıma,

Yoğun iş temposunun arasında bana zaman ayırmayı ihmal etmeyen, yardım ve desteğini hiç esirgemeyen

Sayın Hava Yayla'ya,

Her zaman bana güvenip destek veren ve başarıma cesaretini aşılayan aileme,

Araştırmaya katılan hemşire, ebe ve hekimlere,

En içten duygularım ile sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

I.	BEYAN.....	i
II.	TEŞEKKÜR.....	ii
III.	İÇİNDEKİLER.....	iii
IV.	KISALTMALAR.....	iv
V.	TABLolar LİSTESİ.....	v-vii
1.	ÖZET.....	1
2.	SUMMARY.....	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-7
4.	GENEL BİLGİLER.....	8-68
5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	69-74
6.	BULGULAR.....	75-118
7.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	119-153
8.	KAYNAKLAR.....	154-160
9.	EKLER.....	161-193
10.	ÖZGEÇMİŞ.....	194

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BM : Birleşmiş Milletler

CEDAW: Convention on Elimination of all Forms of Discrimination Against Women

CWS : Committee for Status of Women)

GAD : Gender and Development

KSGM : Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü

SHCEK : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

WDI : Women in Development

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Katılımcıların Çalıştığı Kurum ve Çalışma Süresinin Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 3. Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Alınan Eğitimin Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 4. Kurumlarda Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Talimat/Prosedür Hakkındaki Görüşlerin Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 5. İş Yaşamında Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Olgularla Karşılaşmanın Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 6. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Değerlendirmede Zorlanma ve Kendini Yetersiz Hissetme Konusunun Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 7. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Değerlendirmede Zorlanma ve Kendini Yetersiz Hissetmenin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 8. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Adli Makamlara Bildirimin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Olgusu veya Şüphesi İle Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedeni Olarak Belirttikleri Durumların Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 10. Kadın Sığınma Evlerinin Olması Gerektiği Düşüncesinin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 11. Kadın Sığınma Evlerine Yönelik Tutum ve Düşüncelerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 12. Kadın Sığınma Evlerinin Çalışmalarını Takip Etmenin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 13. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

Tablo 14. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Fiziksel Ve Duygusal Alt Ölçek Puanları İle Toplam Ölçek Puanı Arasındaki Korelasyon

Tablo 15. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 16. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Tablo 17. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 18. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 19. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Duruma Göre Dağılımı

Tablo 20. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 21. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Mezuniyet Öncesi Kadına Yönelik Eğitim Almaya Göre Dağılımı

Tablo 22. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo 23. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Tablo 24. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Kurumda Talimat/Prosedür Olmasına Göre Dağılımı

Tablo 25. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Olgular Karşısında Yetersiz Hissetmelerine Göre Dağılımı

Tablo 26. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Olguları Bildirimde Bulunmaya Göre Dağılımı

Tablo 27. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının İş Yaşamında Olgular ile Karşılaşmaya Göre Dağılımı

Tablo 28. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Kadın Sığınma Evleri ile İlgili Düşüncelere Göre Dağılımı

Tablo 29. Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 30. Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 31. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Mesleklere Göre Dağılımı

Tablo 32. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Tablo 33. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 34. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 35. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Çocuk Sahibi Olmaya Göre Dağılımı

Tablo 36. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Şiddet Olgusu ile karşılaşmaya Göre Dağılımı

Tablo 37. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Mezuniyet Öncesi Eğitim Almış Olmaya Göre Dağılımı

Tablo 38. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

1.ÖZET

Kadına yönelik şiddet dünyada ve Türkiye’de oldukça yaygın görülmekte ve önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır. Bu araştırma, kadına yönelik şiddeti tanımlama ve ortaya çıkarmada, önemli rolü olan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin bilgi ve davranış düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Sakarya’da bulunan dört devlet hastanesinde ve merkeze bağlı yirmi sağlık ocağında çalışan (%51.7), hemşire, ebe ve hekimlerin katılımıyla, 05.05.2008-01.09.2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak 3 farklı anket formu kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 33.1 ± 7.3 ; %23.9’u erkek, %76.1’i kadın; %70.0’i evli; %62.7’si çocuk sahibi; %19.1 sağlık ocağında, %79.3’ü hastanede çalışmakta; %61.0’i hemşire, %17.0’si ebe ve %22.0’si hekimdir. Sağlık çalışanlarının %85.5’inin mezuniyet öncesi, % 98.6’sının da mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıkları ifade edilmiştir. %70.5’i şiddete uğramış kadın ile karşılaşmış, %34.8’i öykü almada, %24.6’sı rapor etme/ yasal süreçte yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bildirim yapmama nedeni olarak katılımcıların %51.9’u tarafından “kadını daha kötü duruma sokacağı düşüncesi”, %32.9’u tarafından “yasal süreçlere ait bilginin olmaması” şeklinde belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin, duygusal şiddete ait ölçek puanı 10.58 ± 2.50 , fiziksel şiddete ait ölçek puanı 8.25 ± 1.67 ve toplam ölçek puanı 18.83 ± 3.38 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanları, tutum sorgulayan sorulardan yedisine yüksek oranda olumlu tutum sergilerken (%50.5-96.6), üçüne sergiledikleri olumlu tutum düşük orandadır (%30.4-44.8). Sonuç olarak; hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada bilgiye gereksinim duydukları, konuya ilişkin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim almadıkları, şiddet olgusu ile karşılaştıklarında yetersiz kaldıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kadın, şiddet, bilgi, tutum, davranış.

2. SUMMARY

KNOWLEDGE LEVELS AND ATTITUDES OF NURSES AND PHYSICIANS REGARDING VIOLENCE AGAINST WOMEN

Violence against women is a common and significant public health issue in Turkey as it is in all over the world. This descriptive study aims at determining the knowledge levels and attitudes of healthcare professionals who are the first to get confronted with female victims of violence. The study was conducted on nurses, midwives, and physicians (51.7%) of four public hospitals and twenty healthcare centers in Sakarya between May 5th, 2008 and September 1st, 2008. Data was gathered by means of three different questionnaire forms. 23.9% of the participants were men, 76.1% were women with an average age of 33.1 ± 7.3 ; 70.0% were married; 62.7% had a child; 19.1% worked in healthcare centers, 79.3% worked in public hospitals; 61.0% were nurses, 17.0% were midwives and 22.0% were physicians. 85.5% of respondents stated that they had not received a training on violence against women before graduation and 98.6% after graduation. 70.5% of respondents had encountered abused women, 34.8% stated to be insufficient in obtaining medical history and 24.6% in reporting/initiating legal process. The reason of not reporting was stated as “anxiety that women would get in a worse condition” by 51.9% of the respondents, and as “lack of knowledge about the legal process” by 32.9%. Considering the scale regarding the identification of signs of violence by healthcare professionals, the score for identifying emotional violence was 10.58 ± 2.50 , for physical violence 8.25 ± 1.67 , with a mean score of 18.83 ± 3.38 . Healthcare professionals showed highly positive attitudes towards seven of the attitude evaluating questions (50.5-96.6%), while positive attitude response rate was low in three of them (30.4-44.8%). The results indicated that healthcare professionals need knowledge regarding violence against women to be able to identify the signs since they had not received any relevant training and are insufficient when encountering a case of violence.

Key words: Woman, violence, knowledge, attitude, practice survey.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Giriş

Şiddet; bireyin kendisine, bir başka bireye, bir gruba ve/veya topluma yönelik sözel, duygusal, fiziksel veya cinsel yolla, doğrudan veya dolaylı olarak uygulanan, kişi veya kişilerin fiziksel, ruhsal, cinsel bütünlüğünün zarar görmesinden, yaralanmasına, giderek sakat kalmasına ve hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olan aynı zamanda mallarına, kültürel değerlerine veya hareket özgürlüğüne zarar verme olasılığı bulunan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (Eryılmaz 2001, Batuk 2002).

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti: “Kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, yoksunlukla sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan) kasıtlı kuvvet kullanımı veya kuvvet kullanma tehdididir” şeklinde tanımlamaktadır (Subaşı ve Akın 2003, Ünal ve Bilge 2004, Ünal 2005).

Dünya Sağlık Örgütünün 2002 yılında yayınladığı raporunda, şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir (Güler, Tel ve Tuncay 2005). Aile içi şiddet her ülkede, her ırkta, bütün dini ve etnik gruplarda görülebilen evrensel bir sorundur (Eryılmaz 2001). İnsanlık tarihi boyunca var olduğu düşünülen aile içi şiddet, sağlığı tehdit eden-bozan durumlar içinde en önemlilerinden biri olup, içinde yaşadığımız yüzyılda ve özellikle son yirmi yıldır en fazla üzerinde durulan toplumsal sorunlardan birisidir (Gömbül 2000).

Kadına karşı şiddet, dünyada çok yaygın olan, fakat en az bilinen bir insan hakları istismarıdır. Bu aynı zamanda, kadının enerjisini tüketen, fiziksel sağlığının tehlikeye atan ve öz-saygısını kemiren bir sağlık problemidir (Gömbül 2000, Erdem ve Muslu 2002, Polat 2004). Dünyada her üç kadından biri şiddete, her beş kadından biri yaşamlarını paylaştıkları erkekler tarafından fiziksel ve/ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Giray ve ark. 2005). Birleşmiş Milletlerin yaptığı bir araştırmaya göre dünyada her yıl 3-4 milyon kadın şiddetle karşı karşıya kalmaktadır (Savran, Yarış ve Gündüz 2002). Ülkemizde yapılan kesitsel çalışmalar, kadınların en az 1/3 nin en az bir kere eşleri tarafından şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Kadınlar şiddeti çoğunlukla, eşi, erkek arkadaşı ya da diğer aile bireylerinden görmektedir (Taşkın 2004, Ünal 2005).

Birleşmiş Milletlerin 1993'te yayınladığı “Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi” bildirisinde şiddet, “cinsiyete dayalı ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel yaşamda veya kamu yaşamında gerçekleşen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesidir” diye tanımlanmaktadır (Sözen, Elmas, Sözen ve Fincancı 1999, Bütün 2002, Savran ve ark. 2002, Atman 2003, Subaşı ve Akın 2003, Polat 2005, Öztürk ve Sevil 2005, Tuçnel, Dünder ve Peşken 2007). Yine bu tanımın açılımı olan “hırpalama, dayak, ailedeki kız çocukların cinsel istismarı, evlilik içinde tecavüz, kadınların cinsel organlarını sakatlamak ve kadına zarar veren diğer geleneksel uygulamalar, evlilik dışı ilişkilerde şiddet ve istismara yönelik şiddet; iş yerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde tecavüz, cinsel istismar, cinsel saldırı, gözdağı ve tehdit de dahil olmak üzere, fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadın ticareti ve fahişeliğe zorlamak; nerede olursa olsun devletler tarafından işlenen ya da görmezlikten gelinen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet” oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Bütün 2002, Polat 2005).

Kadına uygulanan aile içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, aile sağlığının bozulmasına neden olmakta, ailenin sağlığındaki aksama da toplumun sağlığına yansımaktadır. Ayrıca ev içi şiddetten zarar gören bireylerin fiziksel, ruhsal tedavileri için yapılan harcamalar toplumun ekonomisini etkilemekte ve şiddet durumu toplumsal, ekonomik kalkınma için bir engel oluşturmaktadır. Bu özellikleri nedeni ile ev şiddet yalnız bireyi değil, bireyle birlikte aileyi ve toplumu da çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunudur ve önlenmesi sektörler arası işbirliği ile çalışmayı gerektirmektedir (Tel 2002).

Aile içi kadına yönelik şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet kullanımı, toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanıp algılanmaması da oldukça güç olmaktadır. Birçok toplumda kadına şiddet uygulanması kabul edilir bir davranış olarak algılanmakta ve evliliğin sıradan bir özelliği olarak görülmektedir. Şiddete uğrayan kadınlar için güvenilir, ciddi destek sistemlerinin olmaması ve aile içi şiddete yönelik yasal

düzenlemelerde yetersizliklerin olması şiddetin artmasına katkıda bulunmaktadır (Güler ve ark. 2005).

Şiddetin devam etmesi ile birlikte, aile içinde şiddete maruz kalan kadınlar, uygulanan şiddet karşısında çözümsüz kalmakta, şiddetten utanmakta, psikolojik ve fiziki olarak ağır bir şekilde yıpranarak şiddetin izlerini, yaşamları boyunca taşımaktadırlar. Aile içi fiziksel şiddete uğradığı için yasal yollara başvurmak isteyen kadın hiçbir destek bulamadığı ve bilgi kaynaklarına ulaşamadığı için söz konusu başvuruyu gerçekleştirememektedir(Ünal 2005, Lynch 2006). Şiddete uğrayan kadınlar, kendilerine uygulanan fiziksel şiddeti çoğu kez gizlemekte veya kaza olarak çevresine bildirmektedir (Polat 2005).

Sağlık çalışanları toplumda şiddetin azaltılmasında; şiddeti önleme, şiddetten korunma ve şiddete erken müdahalede daha etkin bir rol almalıdırlar (Akkurt, Sarı ve Şahin 2008).

Aile içi şiddet yaşayan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesi hem kadının, hem de toplumun sağlığını korumada önemlidir. Ebe ve hemşirelerin aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi, sevk edilmesi, yüksek risk grubunda olan kadınların desteklenmesi ve bakımında önemli rolleri bulunmaktadır. Ebe ve hemşireler tarafından yapılan girişimler, şiddetin kadının ve ailesinin üzerindeki kısa ve uzun süreli etkilerini azaltabilir (Karaçam, Çalışır, Dünder, Altuntaş ve Avcı 2006).

Sağlık bakımının temel amacı sağlığı korumak, hastalığı tedavi etmek, sakatlığı önlemek, ortaya çıkan problemi çözmek olmasına rağmen sağlık personelinin şiddeti tanımada, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olamadığı görülmektedir. Uzun yıllar şiddet sağlık sektörü dışında görülmüş, sağlık personelinin pek çoğu ev içi şiddetin sağlıkla ilgili olmadığına, sosyal bir konu olduğuna bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiğine inanmıştır (Tel 2002).

Amaç

Kadına yönelik şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmekte ancak şiddet yaşantısı doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddet evde gizli tutulduğu için şiddet yaşayan birey genellikle şiddet sonucu oluşan travmalar ve diğer sağlık sorunları ile hastaneye başvurmaktadır. Hastanelerin acil servislerinde tedavi için bulunan kadınlar arasında eş ya da partneri tarafından şiddete uğramış kadınlar yaygın olarak bulunmaktadır. Fakat şiddet çoğu kez sağlık çalışanları tarafından tanımlanmamaktadır (Krasnoff and Moscati 2002, Tel 2002).

Sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır. Hemşireler, hekimler ve diğer sağlık çalışanları şiddetin yer aldığı evlerde ve diğer ortamlarda şiddetle ilgili bilgileri bilmeli ve şiddet döngüsünü kırmalıdır. Şiddet mağdurlarına toplumda kullanabilecekleri kaynaklar, sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları ile ilgili bilgi vermelidirler. Sağlık çalışanları toplumda kadını destekleyen, koruyan, yaşam düzeyini yükselten her tür çabayı oluşturmada ve desteklemede, toplumda kadını değersiz gören, şiddeti destekleyen ya da şiddetin sorumlusu olarak kadını gösteren tutumları değiştirmede etkin olabilirler. Şiddetin tekrar etmesini önlemeyi hedefleyen, hem kadının hem de eşinin rehabilitasyonunda rol alabilirler (Gömbül 2000).

Kadına yönelik aile içi şiddet olgularında, olguyu ilk gören sağlık personelinin konuyu bilmesi ve bu konuda duyarlı davranabilmesi, şiddet mağdurlarının tedavisinin ve sorunu çözmelerinin ilk adımını oluşturacaktır. Böyle bir tecrübeden sonra kendisi için doğru adımı atabilmek için desteğe gereksinim duyan kadının ilk ve belkide en zor aşamada sağlık personelinden göreceği bilinçli ve destekleyici yaklaşım ona güç verecektir (Polat 2005).

Sağlık personelinin algı ve değerleri şiddetin ele alınmasını etkilemiştir. Sağlık personeli de şiddetin uygulandığı toplumun bir bireyidir ve şiddet durumu ile karşılaştığında zihninde taşıdığı inançlara bağlı olarak öfke, şaşkınlık, keder, elem gibi duygular şiddete yaklaşımını etkileyebilmektedir. Bu nedenle evde, toplumda şiddeti önleme ve şiddeti azaltmada “şiddete hoşgörü göstermeyen” bir anlayışın oluşturulması, her bireyin şiddete son verme yönünde sorumluluk alması ve çaba göstermesi önemlidir (Tel 2002).

Bu alışma kadına yönelik şiddeti tanımlama ve ortaya çıkarmada, şiddeti önlemede, şiddetin varlığını ve bu gerçeği kabul etmede, şiddeti sonlandırma ve şiddetten uzak güvenli bir ortam oluşturmada, kadının sağlığının korunmasında ve kadının rehabilitasyonunda önemli rolü olan hemşire, ebe ve hekimlerin konuya ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Şiddetin Tanımı

İnsan psikolojisinde evrensel olarak varlığı kabul edilen ve cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan saldırganlık ve onun sonucu şiddet, toplumda pek çok boyutta gözlemlenen bir olgudur (Ünal ve Bilge 2004).

Şiddet; bireyin kendisine, bir başka bireye, bir gruba ve/veya topluma yönelik sözel, duygusal, fiziksel veya cinsel yolla, doğrudan veya dolaylı olarak uygulanan, kişi veya kişilerin fiziksel, ruhsal, cinsel bütünlüğüne, mallarına, kültürel değerlerine veya hareket özgürlüğüne zarar verme olasılığı bulunan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (Batuk 2002).

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti şöyle tanımlamaktadır:”Kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, yoksunlukla sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan) kasıtlı kuvvet kullanımı veya kuvvet kullanma tehdididir (Subaşı ve Akın 2003, Ünal ve Bilge 2004, Ünal 2005).

Şiddet, genel anlamda insanların psikolojik veya fizyolojik düzeyde zarar görmesinden yaralanmasına ve giderek sakat kalmasına ve hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olan bireysel veya toplu hareketlerdir. Kaynağına göre şiddet incelendiğinde; şiddet kişinin kendisine yöneltilmiş olabilir veya organize şiddet olabilir (Eryılmaz 2001).

Şiddet sözcük anlamı ile, bir kişiye güç veya baskı uygulayarak isteği dışında bir şey yapmak veya yaptırmak; kontrolsüz, aşırı ve birden bire ve bazen de amaçsız olarak çevresindeki kişilere veya nesnelere zarar vermek olarak tanımlanmaktadır (Aşırdizer 2006).

Şiddetin bir diğer tanımı da, bireye ve topluma fiziksel ve ruhsal acı vermek amacıyla yapılan yıkıcı, yok edici saldırgan davranışlardır. Kişilere ya da nesnelere kontrolsüz, aşırı, birdenbire ve bazen amaçsız olarak fiziksel zarar vermeyi içermektedir (Batuk 2002).

Şiddet insan yaşamının her alanında görülen ve dünyada giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Güler ve ark. 2005). Şiddet her toplumda ve her dönemde var olmuş ve halen varlığını sürdüren sosyal bir olgudur. Şiddetin niteliği ve niceliğinin toplumun yapısına göre farklılık göstermesinin yanı sıra, aynı toplumda zaman içinde değişiklikler gösterebilmektedir (Bütün 2002).

Günümüzde toplumsal yaşamın tüm alanlarında, bütün ırk ve kültürlerde yaygın olarak görülen şiddet, bireylere fiziksel ve/veya psikolojik açıdan zarar veren fiziksel, duygusal ve cinsel davranış olarak tanımlanmaktadır. Kabul görmeyen davranışları içeren şiddet, sivil çatışma ve savaşımlardan kişiler arasında veya bireyin kendine yönelik olarak değişen özelliklerde geniş bir yelpaze içerisinde gerçekleşmektedir. Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmektedir. Şiddet ailede çocuk istismarı, okulda ve işyerinde kaba kuvvet kullanma/ zorbalık, adam öldürme gibi birçok şekilde olmaktadır (Tel 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kasım 2005 tarihinde yayınladığı bir açıklamada her yıl dünya üzerinde 1,6 milyon insan şiddet sonucu ölmektedir. Şiddet 15-44 yaş grubundaki insanlar için önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Şiddet içeren davranışların kurbanları, yakınları veya tanıkları oldukları için sakatlanan, ruhsal problemlerden sıkıntı çeken veya diğer sağlık sorunlarına maruz kalan insan sayısı ile ölüm sayısından çok daha fazladır (Şiddet Sempozyumu 2007).

4.2.Şiddet Türleri

4.2.1. Saldırgan şiddet

Saldırgan şiddet, bir kişinin başkasına zarar verme, yaralama veya öldürme amacına yönelik, fizik kuvvet uygulayarak yaratılan, ölümcül olabilen kişisel saldırganlıktır. Saldırgan şiddetin en uç noktası cinayettir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004). Öldürme olayları zaman zaman kendini savunma veya ihmale bağlı olarak da ortaya çıkan olaylar şeklinde görülmektedir (Bütün 2002).

Ölümcül olmayan saldırgan şiddet, basit saldırganlık, planlı saldırganlık, cinsel saldırı ve hırsızlık olmak üzere dört grupta toplanır.

Basit saldırganlık, silah veya başka bir alet olmaksızın yapılan, kişide sıyrık, ekimoz gibi küçük lezyonlar oluşturan saldırgan şiddet tipidir.

Planlı saldırganlık, bir silahla yapılan yaralanmanın olduğu veya olmadığı tip, silahtan yapılan ancak kemik kırıkları, iç organ yaralanmaları, bilinç kaybı gibi önemli hasarlara neden olan tip olarak sınıflanmaktadır.

Cinsel saldırı, fiziksel güç kullanılarak, baskı, tehdit veya hile ile kişinin istemi dışında cinsel ilişkiye zorlayarak zarar görmesine neden olan her türlü davranışları kapsamaktadır.

Hırsızlık ise bireyin sahip olduğu eşyalara el konulmasına dayanan tehdit veya başka şekillerde silahlı veya silahtan olarak gerçekleştirilen eylemleri içermektedir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004).

4.2.2. Aile içi şiddet

Aile kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan ve bireylerden cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin karşılandığı temel bir toplumsal birimdir (Aksoy, Çetin, İnancı, Polat, Sözen ve Yavuz 2006).

Kişilerin beslenme ve bakım gereksinimlerini karşılayan güven duygusu veren, beden ve akıl sağlığını koruyan ve geliştiren bir birim olması gereken aile, çoğu kez, her çeşit şiddetin beslendiği ve uygulandığı tek odak olmaktadır (Tel 2002).

Aile içi şiddet, birçok farklı isim altında toplanmış olmasına rağmen, hepsinin de üstünde durduğu temel aynıdır. Aile içi şiddet, özel alanda gerçekleşen, aralarında kan bağı ya da hukuksal bağılılık bulunan, birlikte yaşayan, kısaca kendisini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde başka bir kişiyi kontrol etmek ve boyunduruk altına almak amaçlı zorlamak, aşağılamak, güç göstermek, gerginlik, öfke boşaltmak, zarar vermek amacı ile bir bireyden diğerine yöneltilen her türlü fiziksel saldırı ve sistematik zulüm olarak tanımlanmaktadır (Bütün 2002, Polat 2004, Öztürk ve Sevil 2005, Ünal 2005, <http://cws.emu.edu.tr>, Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Aile içi şiddet, aile üyelerinden en az birisinin aynı ailedeki diğer bir üyenin yaşamını, bedensel ve psikolojik bütünlüğünü tahrip etmeye veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem veya ihmaldir (Batuk 2002, Yıldız, Yavuz, Akıncı, ve Gölge 2003, Ünal 2005, Aksoy 2006). Daha geniş bir tanımlama ile aile içi şiddet; bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan

fiziki veya herhangi bir şekilde hareket, davranış veya muamele olarak tanımlanmaktadır (Eryılmaz 2001). Bu davranışlar sözel, fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet biçimlerinde olabilir. Aile içi şiddet yoğun eleştirileri ve aşağılamaları, sözlü saldırıları, cinsel zorlama ve saldırıyı, fiziksel saldırı ve korkutmayı, günlük işlerin ve özgürlüğün kısıtlanmasını içerebilir (Yıldız ve ark. 2003).

Aile içi şiddet, çoğu kez eşe, çocuğa, ebeveyne, yaşlılara yöneliktir. Yapılan çalışmalarda toplumda en yaygın şiddetin aile içinde yaşandığı ve kadının en sık yaralanma sebebinin eş dayaağı olduğu ve bunlardan çok azının rapor edilerek adli mercilere başvuru yapıldığı bildirilmiştir (Küçüker 2002, Tel 2002, Yıldız ve ark. 2003).

İnsanlık tarihi boyunca var olduğu düşünülen aile içi şiddet, sağlığı tehdit eden-bozan durumlar içinde en önemlilerinden biri olup, içinde yaşadığımız yüzyılda ve özellikle son 20 yıldır en fazla üzerinde durulan toplumsal sorunlardan birisidir (Gömböl 2000).

Aile içi şiddeti etkileyen faktörlere bakıldığında, istismarı uygulayan kişilerin genellikle özgeçmişlerinde yaşanmış şiddet olguları ve istismar bulunmaktadır. İstismar eden bireylerin çoğunlukla, şiddetin var olduğu ailelerden yetiştiği gözlenmektedir. Şiddet uygulayan kişilerde; alkol/madde bağımlılığı ile tanımlanmış kişilik bozuklukları ya da psikiyatrik hastalıkların varlığı sıklıkla gözlenmektedir (Aksoy ve ark.2006, <http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Bireyler arası dinamikler de aile içi şiddeti etkileyen faktörlerdendir. Bunlar düşük düzeyde evlilik içi tatmin, bireylerin agresif hareketler sergilemesi, ideolojik, ırk ve din farklılıkları, bir eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması, daha fazla gelirin olması, iletişim kurma yoksunluğu (özellikle çocuk ve yaşlılarda) , evliliğe duyulan aşırı bağımlılık ve her tür güçsüzlüktür (Polat 2004, Aksoy ve ark.2006, <http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Çevresel stres faktörlerinin aile içi şiddette rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bunlar; ekonomik stres, iş stresi, işsizlik, sosyal izolasyondur (Aksoy ve ark. 2006, <http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Tüm bunların yanı sıra konunun kültürel boyutu ele alındığında daha farklı yaklaşımlar ve faktörler de ortaya konmuştur. Erkek egemen evlilikler aile içi şiddete

daha açık olduğu halde, eşitlikçi evliliklerde şiddete daha az rastlanmaktadır (Polat 2004, Aksoy ve ark. 2006, <http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Dünya üzerinde aile içi şiddetin görülmediği ülke yok gibidir. Avrupa bölgesinde kadınların %20 - %50'si şiddetin bir ya da birçok biçimine maruz kalmaktadır (<http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

Tel'in belirttiğine göre, Amerika 'da aile içi şiddetin diğer suçlardan daha fazla görüldüğü ve her 15 saniyede bir aile içi şiddet olgusu yaşandığı, her yıl 2-4 milyon kadının eşi tarafından dövüldüğü, bunların 2000-4000'inin yaralanma sonucu öldüğü, 1.4 milyon çocuğa en az bir aile bireyi tarafından şiddet uygulandığı bildirilmektedir (Tel 2002).

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun aile içi şiddet ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada her 100 ailenin 34'ünde kadına yönelik fiziksel şiddetin var olduğu ortaya konmuştur (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995). Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Dayanışma Merkezine 1992-1995 yılları arasında başvuran 550 kadının % 84'ünün aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Bursa il merkezinde, 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir çalışmada kadınların % 59'unun aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddeti uygulayanların başında eşin geldiği ve bunu anne ve babanın izlediği, şiddete maruz kalanların % 14,5'ine fiziksel, % 33,6'sına duygusal, % 45,5'ine hem fiziksel hem de duygusal şiddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır (Ünal ve Bilge 2004).

Çalışmalar aile içi şiddetin sınır tanımadığını, dünyanın her yerinde, bir problem olarak insanlığın karşısına çıktığını göstermektedir. Araştırmacıların bir kısmı aile içi şiddetin hızla arttığını, bazıları ise, istismarı bilirden kadın sayısının arttığını vurgulamaktadır. Birçok insan hala, kadına karşı aile içi şiddeti nadir görülen ve ciddiye alınması gerekmeyen bir durum olarak da görmektedir (Bütün 2002, Polat 2004).

4.2.3. Çocuğa yönelik şiddet

Çocuk kavramı tarih boyunca toplumun yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır. Toplum içerisinde farklı tarihsel dönemlerde, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel sınıflarda çocukluk çağı dönemi değişik şekillerde tanımlanmıştır (Kocaer 2006). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1.

maddesine göre, ulusal yasalarca daha genç yaşta reşit sayılma dışında, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılmaktadır (İnanıcı ve Şelimen 2004, Akço ve ark.).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 yılında yaptığı tanıma göre, çocuğun sağlığını, fiziksel ya da psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışları çocuk istismarı olarak kabul etmektedir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004, Kocaer 2006). Tanım aynı zamanda çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamada veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alır. Davranışın mutlaka, "çocuk tarafından algılanması veya yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması" koşul değildir" şeklindedir (Bütün 2002, Polat 2004, Canbaz, Turla, Aker ve Peşken 2005).

Polat'ın (2004) tanımına göre çocuk istismarı; 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu durum çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzman tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004, Kocaer 2006).

En geniş tanımıyla çocuk istismarı; çocukların ana-babaları, bakıcıları, onları bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli öğretmen, usta, koruyucu aile fertleri, vasi gibi kişiler ya da yabancı kişiler tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, bedensel ya da psikolojik olarak sağlıklarına zarar veren, çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel ya da zihinsel gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesine sebep olan, eylem ve eylemsizliklerin tümüdür (Yılmaz, İşiten, Ertan ve Öner 2003, Canbaz ve ark. 2005, Tıraşçı ve Gören 2007).

Çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanabilen çocuk istismarına, insanlık tarihi boyunca her kültürde rastlanmaktadır (Akduman, Ruban, Akduman, Korkusuz 2005).

Çocuk istismarı ve ihmalinin en önemli nedenleri arasında, düşük gelir düzeyi, alkol ve madde kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, boşanmış aile, tek ebeveyn durumu, annenin çok genç yaşta olması, geniş aile olmak, ebeveynsel psikolojik rahatsızlıklar ve üvey baba varlığı gösterilmektedir (Nygren, Nelson, Klein 2004, Taner ve Gökler 2004).

Çocukluk döneminde istismar ve ihmal edilen çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk, sosyal işlevsellik alanında eksiklik, duygusal ve davranışsal sorunlar, madde kötüye kullanımı ve psikiyatrik hastalıklar gibi çok ciddi sorunlar görülmektedir. Özellikle fiziksel ve cinsel istismarın çocuğun sağlığı ve gelişimi üzerinde pek çok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Uyku ve yeme bozuklukları, kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, korku, konfüzyon, utanma, öfke, suçluluk duygusu, çaresizlik, zarara uğrama ve kirlenmişlik duygusu, güvensizlik, öğrenme bozuklukları, obsesif kompülsiyon, otoagresyon, travma sonrası stres bozuklukları, durup dururken ağlama, hassaslaşma, karın ve baş ağrıları, huzursuzluk, başkalarını istismar etme, özellikle de kendinden küçüklere cinsel istismarda bulunma, depresyon, intihar düşüncesi ve girişimi, psikoz, madde kötü kullanımı, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar sık görülmektedir. Ayrıca cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan çocukların yetişkinliklerinde eş ya da partner şiddeti riskinin daha yüksek olduğu unutulmamalıdır (Nygren, Nelson, Klein 2004, Taner ve Gökler 2004, Akduman ve ark. 2005).

Eş şiddetine tanıklık eden çocuklarda gelişme geriliği, okulda başarısızlık, depresyon ve itirazcı reddetme bozukluğu ve başkalarına şiddeti de içeren bir takım psikiyatrik bozukluk riski taşımaktadırlar (Nygren et al 2004).

Turhan ve ark. belirttiğine göre; Dünyada istismara uğrayan çocuk sayısı oldukça fazladır. Avrupa ve Asya merkezli bir çalışma 9-17 yaşlar arasındaki her 10 çocuktan 6'sının yanlış bir şey yaptıkları zaman anne-babaları tarafından dayak yediklerini göstermektedir. İngiltere'de haftada dört çocuk istismar ve ihmal nedeniyle ölmekte, dört yaş altında her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır. 0-4 yaş arasında çocuk istismarının görölme sıklığı, 5-14 yaşa göre 2 kat fazladır.

Çocuk istismarı konusunda Türkiye'de yapılan araştırmalarda, %78 gibi yüksek bir oran ile duygusal istismarın ilk sırada olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar %24 ve cinsel istismar %9 oranındadır. 1980-1982 yılları arasında 8 ilde yapılan bir diğer araştırmada, istismara uğrama oranı %33, tokat atma, kulak ve saç çekme, oranı %25, sopa ile dövme oranı %14 olarak bulunmuştur. Eğitimsiz ailelerin %40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oran %17'dir.

Bir diğerk araştırmada, 7-14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ı anne ve babaları tarafından dayak yediklerini belirtmişlerdir (Turhan ve ark. 2006).

Türkiye'de çocuğa yönelik şiddetin gerçek boyutları tam olarak bilinmemektedir. Çünkü ölkemizde dayak en önemli eğitim aracı olarak evde, okulda ve dışarıda her zaman görölmekte, doğal karşılanmakta ve gerekli olduğu savunulmaktadır (Bütün 2002).

4.2.3.1. Çocuğun fiziksel istismarı

Çocuğun fiziksel istismarı en geniş anlamda çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanabilir (İnanıcı ve şelimen 2004, Polat 2004, Topbaş 2004, Koacer 2006, Akço ve ark., Tıraşçı ve Gönen 2007). En sık rastlanan şekil çocuğu dövme şeklindeyir. "fiziksel hasara neden kırıkların, yanıkların, kesiklerin ortaya çıkmasına yol açan istismar" olarak tanımlanabilir. "Bir tokattan, çeşitli objelerin kullanımına uzanan cezalandırma yöntemlerini" kapsamaktadır (Polat 2004, Kocaer 2006).

En yaygın rastlanan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. Çocukta ekimozlar, yumuşak doku hasarları, yanıklar, kemik, eklem, beyin ve göz hasarları, iç organlara ait hasarlar, zehirlenmeler, boğulma, frenulum yırtılması, insan ısırığı izleri, sık tekrarlanan yaralanmalar, enfeksiyonlar ve gelişme gerilikleri gibi durumlarla kendini gösterebilir (Kocaer 2006, Tıraşçı ve Gönen 2007).

4.2.3.2. Çocuğun cinsel istismarı

Psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, yetişkin veya daha büyük yaştaki bir çocuk tarafından cinsel uyarı veya tatmin için kullanılmasıdır. Bir yetişkinin cinsel haz duymak amacı ile çocuğun cinsel organlarını okşaması, teşhircilik yapması, cinselliğe teşvik eden konuşmalar, pornografide kullanımdan ırza geçmeye kadar çok geniş bir yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (İnanıcı ve şelimen 2004, Polat 2004, Topbaş 2004, Canbaz ve ark.2005, Kocaer 2006).

Cinsel istismar, çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır ve çoğunlukla gizli kalır. Toplumca kabul edilmesi zor olduğu için belirlenmesi ve ortaya çıkarılması çoğu zaman zordur. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların

yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (Taner ve Gökler 2004, Akduman ve ark. 2005, Tıraşçı ve Gören 2007).

En çok zarara uğrayan çocuklar; 6-11 yaş grubundaki çocuklardır. İkinci olarak 0-5 yaş grubu, üçüncü olarak ta 12-15 yaş grubu gelmektedir. Kızlar erkeklerden 5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalır ve tacizcilerin çoğu erkektir (Kocaer 2006). ABD'de 1999 yılında 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3 /1000 olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir (Taner ve Gökler 2004).

Cinsel istismarın her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmiştir. Çoğunlukla gizli kalan ve gün yüzüne çıkmayan cinsel istismar özellikle kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir olgudur (Kocaer 2006).

4.2.3.3. Çocuğun duygusal istismarı

Çocuk ve gençlerin kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik travmaya uğratılmaları durumudur. Bu davranışlar yaş, bilgi ve konumu gibi özellikleri ile çocuk veya gencin üzerinde güç sahibi olan kişi veya kişiler tarafından gerçekleştirilmekte ve çocuğun bilişsel, duygusal ve fiziksel gelişimine yakın ve uzak gelecekte zarar verme potansiyeli taşıyan ve veren davranışlardır (Polat 2004, Akço ve ark.)

Tanımlanması en zor ancak en sık rastlanılan istismar türüdür. Tek başına var olduğu gibi fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığına bile devam edebilir (Tıraşçı ve Gören 2007, Akço ve ark.)

Duygusal istismara neden olan davranışlar; yakın çevrede bulunan ilişkili erişkinlerce reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, yalıtma, ayırma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, küçük düşürme, lakap takma, aşırı baskı, otorite kurma, sık eleştirme, yaşının üstünde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma gibi çeşitlilik göstermektedir. Çocuktan yeteneklerinin üzerinde başarılar beklenmesi, bunların gerçekleşmemesi durumunda saldırganca tutum ve davranışlara maruz bırakılması da bir duygusal istismar çeşididir (Aşırdizer 2006, Akço ve ark.).

4.2.3.4. Çocuk İhmali

Çocuk ihmali; çocuğu bakmakla yükümlü kişiler yada diğer yetişkinlerin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, eğitim, tıbbi yardım, sağlık ve sevgi gibi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermemeleri ve ihmal etmeleri sonucu, çocuğun fiziksel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Batuk 2002, Polat 2004, Topbaş 2004, Kocaer 2006, Turhan ve ark. 2006, Akço ve ark.).

İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. Çocuk ihmal ve istismarı, çocuğun normal fiziksel ve zihinsel gelişimini kısıtlayıcı olan fiziksel, duygusal ve cinsel ihmal ve istismarı içermektedir. Ancak bunları birbirinden ayırmak oldukça zordur. Küçük çocuklarda bakımın yeterli olmadığını gösteren temiz olmamaktan kaynaklanan pişikler, kirli ve uygunsuz giysiler, beslenme yetersizlikleri dolaysız belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Organik nedeni olmayan büyüme geriliği fiziksel ihmalin en somut göstergesidir. Çocuğun uyarılma, olanak ve özen azlığından kaynaklanan gelişim eksikliği ile davranış bozuklukları ve büyüme geriliği dolaylı belirtilerdir (Polat 2004, Topbaş 2004, Aşirdizer 2006, Kocaer 2006, Turhan ve ark. 2006, Tıraşçı ve Gören 2007, Akço ve ark.).

4.2.4. Yaşlıya yönelik şiddet

Dünya Sağlık Örgütü Psikogeriatrici Bilim Grubunun “geçmiş dönemlere göre fiziksel ve mental yetersizliklerin belirginleştiği dönem” olarak tanımladığı yaşlılık dönemi genel olarak 65 yaş ve üstü olarak kabul edilir (Özkan ve ark.2006). Yaşamlarının bu dönemlerinde eskiye nazaran daha fazla sağlık sorunu bulunan ve tüketici olan bu insanlara toplum, ekonomik şartların getirdiği insafsızlıkla lüzumsuz insan gözü ile bakmaktadır. Ancak düne kadar üreten kazanan bu insanların toplum tarafından bu şekilde dışlanması ve kötü muameleye maruz kalmasının kabul edilmesi mümkün değildir. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada yaşlıya karşı kötü muameleyi ilk tanımlayan ülkeler olarak çok önceden bu gelişmeyi yaşamış ve önlemlerini almış olan toplumlardır (İnce, Aliustaoğlu, Yazıcı ve İnce 2007).

Yaşlı istismarı, yaşlıda maddi ve manevi acı ve yaralanmalara neden olan; ihmalin doğmasını sağlayan fiziksel ve psikolojik davranışların bütünü olarak

tanımlanmaktadır (Batuk 2002, Bütün 2002, Uysal 2002, Polat 2004, İnce ve ark.2007). Bazı araştırmalar yaşlıların yaklaşık olarak %10'unun istismara uğradığını bildirmekle beraber bu konuda yapılmış olan araştırmalar çok sınırlıdır. İstismara uğrayan yaşlıların pek çoğu 75 yaşın üzerindeki, hastalık ya da sakatlık yüzünden savunmasız durumda olan ve istismarcı ile aynı evi paylaşan kadınlardır. Saldırganların ise büyük ihtimalle psikolojik sorunlarının olduğu, alkol ve/veya uyuşturucu kullandığı, çocukluğunda şiddete tanık olduğu düşünülmektedir. Ayrıca işsizlik, ekonomik sıkıntılar ve sosyal izolasyon da istismarcıların ortak özelliği olarak bildirilmektedir (Batuk 2002, Polat 2004).

Yaşlı istismarı üç temel grupta incelenmektedir. Ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmal. Ailesel yaşlı istismarı; yaşlı bireye kendi evinde bir bakıcının evinde kötü muamelede bulunulmasıdır. Kurumsal istismar; yaşlı kişilerin yaşamlarını sürdürmeleri için oluşturulmuş yerlerde, yaşlı bireye kötü muamelede bulunulmasıdır. Kendi kendini ihmal, yaşlı bireyin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir şekilde, tek başına yaşama davranışını belirtir (Uysal 2002).

Fiziksel istismara uğrayan yaşlılarda ekimozlar, kırıklar, yanıklar ve bunlara eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar görülebilir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004).

Uysal'ın belirttiğine göre; Amerika Birleşik Devletler de yaşlı istismarına ait ilk istatistiklerin toplandığı 1987 yılından 1994 yılına kadar yaşlı istismar ve ihmali vakalarının %206 arttığı saptanmıştır. Yaşlılara karşı kötü muamele tiplerine baktığımızda; %58.5 ihmal; %15.7 fiziksel istismar; % 12.3 ekonomik istismar; % 7.3 duygusal istismar; %5.1 diğer; %6 bilinmiyor ve %5 cinsel istismar yer almaktadır. İstismarı uygulayan kişilerin %52'si kadın, %48'i de erkektir. Yine kurbanların çoğunluğu da kadındır.

Her yıl 25 Kanadalıdan birinin istismar veya ihmal kurbanı olduğu bildirilmektedir ve bildirilen olgulardan ekonomik istismar yaşlı istismarının en yaygın şekli olarak görülmekte ve olguların %40'ını oluşturmaktadır. %38 oranında utandırma, taciz ve sosyal ayırım şeklinde görülen duygusal istismar ve %23 oranında da fiziksel istismar yer almaktadır.

İngiltere'de 65 yaş üstü yaşlıların %5'inden fazlasının ailesinden birisi ya da yakın akrabası tarafından sözel; %2'sinin fiziksel; %2'sininde ekonomik olarak kötü muamele gördüğü saptanmıştır (Uysal 2002).

İstismarın önlenmesi için, yaşlıların kendi kendilerine yetmelerine yardım edilmeli, ev işlerinde onlara destek verilmeli ve istismara uğrayan yaşlıların sığınabilecekleri, güvenli sığınma evleri açılmalıdır (Batuk 2002, Polat 2004).

4.2.5. İntihar (özkıyım)

İntihar insanın özbenliğine yönelmiş bir saldırı olup, bireyin kendi yaşamına son vermesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin kendine yönelik en büyük şiddet davranışdır. Durkheim'e göre; ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan bir eylemin doğrudan veya dolaylı sonucu olarak her ölüm olayına intihar denmektedir (Batuk 2002, Bütün 2002, Polat 2004).

İntihar davranışı üzerine hukuksal, tıbbi, sosyal ve psikolojik boyutları açısından üzerinde yoğun çalışılan bir konudur. İntihar sonucunda ölüm meydana gelen olgular tamamlanmış intihar, ölüm oluşmadan durdurulan olgularda ise intihara kalkışma veya intihar girişimi olarak isimlendirilmektedir (Bütün 2002).

İntihar toplumun hem yaşlı hem de genç kesimlerinde görülmekte olup diğer pek çok şiddet türünün aksine yaş gruplarıyla sınırlı değildir. İntihar oranları ergenlik çağındakiler ve genç erişkinler arasında son yıllarda artış göstermektedir. Bununla birlikte intihar edenlerin çoğu 40 yaş altında özellikle 30-40 yaş arasındaki kişilerdir. Erkeklerde intihara kadınlara oranla 3-5 kat daha fazla rastlanmaktadır (Batuk 2002, Polat 2004).

İntiharın meydana geliş mekanizmasında kendi kendini yaralamalar önemli bir yer tutmaktadır. Bu yaralanmalar her ülke ve bölgelere farklılık göstermektedir. Kimi ülkelerde ateşli silah yaralanmaları, kimi ülkelerde de asılara sık rastlanmaktadır. Kullanılan yöntemler arasında kesici delici alet yaraları, ateşli silah yaraları, yanıklar, asfiksi, elektrik akımı sayılabilir. İntiharlarda çok çeşitli metodlar kullanılmaktadır. Ancak kimi olgularda intihar kastı olmadan da ölümlerin olabileceği unutulmamalıdır. Buna seksüel asfiksiler örnek verilebilir (Bütün 2002).

İntihar eden kişiler çok çeşitli yöntemler seçmektedir. Erkek ve kadınlarda en sık rastlanan intihar yöntemi asıdır. Erkekler için ikinci sırada ateşli silahlar, kadınlar için yüksek dozda toksik madde alma gelmektedir.

İntihar olgularında en önemli faktörlerden birisi de sosyal faktörlerdir. Ekonomik, sosyal problemleri yoğun yaşayan kişilerde intihar sıklığı artmaktadır.

Ayrıca toplumsal değişimlerin insanın toplumsal statüsü ve rolünü olumsuz biçimde etkilemesi sonucu ortaya çıkan ruhsal çöküntülerde intihar oranlarının arttığı görülmektedir. İşsizlik, geçim zorluğu, beklenmedik olaylara tepki riskini artıran faktörlerdendir. Aile içi anlaşmazlıklar ve ailenin dağılması da temel etkenlerdendir. Çocuk ve gençlerde boşanma ya da ölüm nedeniyle ebeveyn kaybı özellikle 12 yaş altında gerçekleşmişse çok önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Batuk 2002, Bütün 2002).

4.3. Kadına yönelik şiddet

Birleşmiş Milletlerin 1993'te yayınladığı “Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi” bildirisinde şiddet, “cinsiyete dayalı ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel yaşamda veya kamu yaşamında gerçekleşen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesidir” diye tanımlanmaktadır (Sözen ve ark.1999, Bütün 2002, Savran, Yarış ve Gündüz 2002, Subaşı ve Akın 2003, Öztürk ve Sevil 2005, Polat 2005, Tunçer ve ark. 2007). Yine bu tanımın açılımı olan “hırpalama, dayak, ailedeki kız çocukların cinsel istismarı, evlilik içinde tecavüz, kadınların cinsel organlarını sakatlamak ve kadına zarar veren diğer geleneksel uygulamalar, evlilik dışı ilişkilerde şiddet ve istismara yönelik şiddet; iş yerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde tecavüz, cinsel istismar, cinsel saldırı, gözdağı ve tehdit de dahil olmak üzere, fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadın ticareti ve fahişeliğe zorlamak; nerede olursa olsun devletler tarafından işlenen ya da görmezlikten gelinen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet” oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Bütün 2002, Polat 2005).

Kadına yönelik şiddetin temelinde, kadınların yaşamın tüm alanlarında erkeklerle eşit olduğunu reddeden cinsiyet ayrımcılığı yatmaktadır. Şiddet hem ayrımcılıktan kaynaklanmakta hem de ayrımcılığı kuvvetlendirecek şekilde ona hizmet etmektedir. Doğumdan ölüme kadar, savaş zamanında olduğu kadar barış zamanında da kadınlar devlet, toplum ve ailelerinin ellerinde şiddet ve ayrımcılığa maruz kalmışlardır. Yeni doğan kız çocuklarının öldürülmesi, sayısız kadının yaşamdan mahrum bırakılması, her yıl milyonlarca kadın; partnerlerinin, akrabalarının, arkadaşlarının ve yabancıların, işverenlerini ve iş arkadaşlarının,

güvenlik görevlerinin ve askerlerin tecavüzüne uğraması evrensel bir gerçektir (Gürsoy 2008).

Kadınlara yönelik şiddet hareketleri aynı zamanda zorla kısırlaştırma ve düşüğe zorlama, kontraseptiflerin zorla/baskıyla uygulanması, kız bebeklerin öldürülmesi ve doğum öncesi cinsiyet seçimini de kapsamaktadır. Evlilik içi tecavüz, kız çocuklarının cinsel istismarı, başlık parasına bağlı ölümler, kız çocuklarının sünneti bu şiddet türü içinde sayılabilir. Ayrıca küreselleşme ve yeni teknolojiler kadın ve kız çocuğu ticaretini artırmıştır (Bütün 2002, Polat 2005).

Kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayanan, fiziksel, cinsel, psikolojik etkilere yol açan ve/veya yol açmaya yönelik hareketleri kapsamaktadır. Özel yaşamda veya kamu yaşamında gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesini hedefleyen hareketlerdir. Kadına yönelik şiddet dünyada çok yaygın olarak görülmektedir. Şiddet her toplumda ve her dönemde var olan niteliği ile niceliği sosyal değişim süreciyle yakından ilişkili olan bir olgudur (Eryılmaz 2001, Polat 2004, Polat 2005, Akkurt, Sarı ve Şahin 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı raporunda, şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir (Güler ve ark.2005, Tanrıverdi ve Şıpkın 2008). Ailede kadına yönelik şiddet davranışları çok çeşitli olmakla birlikte, dövme, psikolojik kötü davranım, ekonomik olarak bağımlılaştırma ve tecavüzün en sık rastlanan şiddet davranışları olduğu söylenebilir (Gömbül 2000).

Kadına yönelik şiddet, insan hakları ihlali olmanın yanında 20.yüzyılın en önemli sağlık problemlerinden biridir. Öyle ki, şiddetin prevelansı ve hastalıkların etyolojisindeki rolü son zamanlarda giderek artmaktadır. Şiddet bir taraftan fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilerken, diğer taraftan kadının güçlenmesinin ve her alanda söz sahibi olmasının önünde bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk ve Sevil 2005, Giray ve ark.2005).

Yapılan çalışmalar dünyada milyonlarca kadının şiddete maruz kaldığını ve şiddetin kadın sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Kadın sağlığındaki sapmalar aile bireylerinin sağlığına da olumsuz yansımaktadır. Böylece şiddet, sadece kadına yönelik olarak değil, aile ve topluma yönelik olumsuz etkileriyle de toplumsal bir sorundur (Tanrıverdi ve Şıpkın 2008).

Dünyadaki çalışmalar, kadının aile içinde maruz kaldığı şiddetin çocuk istismarı ile korelasyon gösterdiğini, çocukluğunda ailesinde şiddete maruz kalan veya tanık olan kişilerin aile içi şiddet faili veya kurbanı olma olasılıklarının arttığını göstermektedir (Daloğlu, Varol ve Varol 2000). Bütün'ün belirttiğine göre; Aile, şiddet davranışının sorun çözme ve ilişki biçimi olarak belirlendiği ilk yerdir. İlk olarak aile de çocuklar ebeveynlerinin şiddet davranışını model davranış olarak aldığı anda muhtemelen yetişkinliğinde de benzer davranışlar sergileme olasılığına sahiptir. Babanın otorite olduğu, eşin ve çocukların dövülerek eğitildiği ya da istenilenin aksine kaba kuvvet ve tehditle yaptırıldığı ailede yetişen kız çocukları dayak yiyen kadın imajını yetişkinliğinde yadsımayacaktır. Erkek çocuk ise erkek kimliğini özdeşleştirdiği babasının davranışlarını erkek değerleri olarak benimseyip, olasılıkla eşine benzer şekilde davranacaktır. Literatürde bu aktarıma Kuşaklar Hipotezi (Generation Hypoteasis) ya da şiddetin kuşaklararası döngüsü denilmektedir (Bütün 2002).

Kadına yönelik şiddeti, fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet olmak üzere dört başlık altında inceleyebiliriz.

4.3.1.Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet beden gücü ile bazen de sopa, bıçak, ip, jilet, balta, tornavida, kemer v.b araçlarla gerçekleştirilir. Kontrol etmeyi acı ve korku yaşatacak istekleri gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Tekme, tokat, yumruklama, boğmaya çalışmak, ısırarak, eşya fırlatmak, fiziksel güç ile evden çıkmasına veya eve girmesine engel olmak, hasta, yaralı veya hamile iken gerekli ilgi ve yardımı göstermeme, herhangi bir cisim ile dövme, vücudunda sigara söndürme gibi uygulamalar, silah, bıçak v.s ile öldürme veya öldürmeye teşebbüs etme fiziksel şiddet türleri olarak görülmektedir (Bütün 2002, Öztürk ve Sevil 2005, Polat 2005, Aşırdizer 2006, <http://cws.emu.edu.tr> Erişim Tarihi: 25.10.2008).

En az bir kere fiziksel şiddete maruz kalmış kadınlar arasında, tekmelenme, tokatlanma, itilme, saç çekilmesi şiddetin en sık rastlanan şekilleridir. Ağız burun kapatılması yoluyla boğmaya çalışma, bir ateşli silah veya bıçakla tehdit daha seyrek olarak bildirilmiştir.

Kadına yönelik fiziksel şiddet en çok aile içinde gerçekleşir ve fail hemen her zaman erkek, genellikle de eş/partner veya eski eş/partnerdir .

Batuk'un belirttiğine göre; Yıldırım'ın aile içi fiziksel şiddete maruz kalan 100 kadın üzerinde yaptığı araştırmada; erkeklerin %45.5' inin şiddet yöntemi olarak tokat, yumruk, tekme, itme, vurma, gibi kendi el, kol, ayak gibi organlarını kullandıkları, %54.5' inin ise her şiddet olayında sopa, kemer, hortum, bıçak, makas, ateşli silah gibi bir eşya veya alet kullandıkları saptanmıştır (Batuk 2002).

Şiddet ve saldırgan davranışların toplumsal öğrenme, yetiştirilme biçimi, kişilik bozukluğu ve ruh sağlığı ile de yakından ilgisi vardır. Toplumda erkeklerin lider, koruyucu, kahraman, yönetici gibi niteliklerle anılması; kadınlardan daha güçlü ve saygın olarak kabul edilmesi, saldırgan davranışlar ile şiddet eylemlerine ilişkin hatalı ve kötü örnekler oluşturmuştur. Bu babadan oğula, erkekte erkekten erkekten toplumda saldırgan davranışların ve şiddet eylemlerinin artmasına, yayılmasına yol açmıştır (Bütün 2002, Polat 2005).

Çocukluğunda ihmal edilmiş kadın, gerçekçi biçimde bağlılık ve güvene dayalı ilişki yerine, hemen beğenilme ve ilgilenilme gereksinimlerini karşılayacak bir ilişki aramaktadır. Kadın, şiddet uygulayan erkek partnerinin bağımlı, kıskanç, sahiplenme yapısına ve ilgisine karşı duyarlıdır. Bu nedenle çocukluk ihmali ve erken evlilik kadının, fiziksel şiddetle karşı karşıya kalmasında risk faktörlerindendir (Yıldız 2003).

Kadınlara yönelik şiddet üzerine yapılan çalışmalarda, şiddetin yalnızca bir kez değil sürekli tekrarlandığı ve kısır döngü halini aldığı bildirilmektedir. Dr. Walker'ın şiddet döngüsü adı verdiği bu süreç üç aşamada yaşanmaktadır. İlk aşama, gerginliğin olduğu ve kadının kendisini sorumlu tuttuğu, erkeği sakinleştirmeye ve onun isteklerini yerine getirmeye çalıştığı dönemdir. Bu uysal tavır, erkeğe güçlü ve istediği şekilde davranmaya hakkı olduğunu düşündürür. İkinci aşamada, gerginlik şiddete dönüşmekte ve kadının kendini korumaya, şiddetten korunmaya çalıştığı aşamadır. Eğer şiddetten kaçamıyorsa bir gerçeküstülüğü yaşar. Fiziksel şiddetin ağırlığının farkında olmayabilir. Son aşama balayı aşaması olarak da tanımlanmakta ve şiddet sona ermektedir. Erkek saldırgan davranışlarını şefkat ve ilgiye dönüştürür, kadın ilişkisinin düzeleceğini düşünerek ümitlenmektedir. Ancak şiddet eylemi tekrarlamaktadır (Bütün 2002, Polat 2005, Işıloğlu 2006).

Şiddet ilişkisi başladıktan sonra, şiddet davranışının ortadan kalkması istisnai bir durumdur. Genelde artarak devam eder. Şiddet devam ettikçe bu üç aşamalı döngü değişir. Zamanla gerginlik yaratan aşama daha kısalmış ve şiddet yaşama aşaması çabuklaşır. Sevgi ve bağlantılı barışmalara giderek azalır (Bütün 2002, Polat 2005).

Şiddet döngüsüne giren kadının bir süre sonra içinde bulunduğu durumu kabullendiği ve “Öğrenilmiş Çaresizlik” olarak adlandırılan bir kısır döngüye girdiğini, kadının şiddet ilişkisinden kopmasındaki en önemli engellerden birisi olduğu vurgulanmaktadır (Bütün 2002, Polat 2005, Işıloğlu 2006).

Ailede yaşanan şiddete rağmen kadını ilişkide tutan faktörlerden birisi de şiddetin olağan algılanışdır. Yaşamlarında şiddeti yaşamamanın kaçınılmaz olduğu düşüncesi/ inancı, doğal algılanması ya da her yerde, herkes de görüldüğü, yani evrensel olduğu kabulü şiddetin olağan görülmesinde önemlidir. Bu bakış yüzünden yaşanan şiddet doğal kabul edilir, yeniden üretilir ve olağanlaştırılır.

Kadınlar hamilelik süresi boyunca da şiddete uğrayabilmektedir. Kadının hem fiziksel hem de psikolojik olarak hassas olduğu hamilelik döneminde yaşanan dayak kadında düşük, erken doğum, kanamalar, yaralanmalar ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Kadının yaşadığı şiddete rağmen bitiminde çocuğun doğmasının evliliği kurtaracağı, dayığı azaltacağı, kocanın evine bağlanacağı umudu vardır. Hamilelik döneminde devam eden şiddet, kadınlar açısından duygusal olarak daha örseleyici bir nitelik taşımaktadır. Kocasında fiziksel ve duygusal desteği bulamayan kadın bu dönemde şiddeti sonlandırmak istese bile hamile kadının ailesi tarafından istenmemesi, çocuk doğduğunda evliliğinin kurtarılacağı umudu, kadını bu ilişkide kalmaya zorlamaktadır.

Fiziksel şiddette, kemer, bıçak, silah, sopa, cam, bardak, tabak, çatal, kaşık, tuzluk, şişe, tornavida, törpü, kül tablası, elektrikli süpürge sapı, sandalye, hortum, ayakkabı, kerpeten, kazma sapı, ütü, maşa, şiş, odun, kablo, fındık baltası, demir, tuğla, kezzap, duvar, sehpa, banyoda soğuk su altında tutup kemerle dövmek, saçlarından sürüklemek, saçlarını yolmak, kızgın ütü, maşa, tüp ile yakmak, ayaklarla kadını ezmek, kadının boğazını öldüresiye sıkarak, falaka tarzı dayak, sigara gibi yöntemler kullanılmaktadır.

Bedensel zararı fazla olmayan ancak psikolojik olarak derin izler bırakan davranışlardan bazıları, soğukta soyarak çıplak ayakta bekletmek, kadının üzerindeki pantolonu parçalayarak yakmak, odaya kilitlemek, idrarını içmesini istemek, kadın içmeyince dövmek, tek ayak üzerinde bekletmek, ördek yürüyüşü yaptırmak, kadının yüzüne kusmak, kadının yüzüne tükürmek, kadının kafasında tabak kırmak, yemek dökmek gibi değişik nesneler kullanılarak gerçekleştirilmektedir (Bütün 2002, Polat 2005).

Türkiye 'de 2007 yılında Altınay ve Arat'ın, 56 ilde toplam 1800 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada evli kadınların hayatı boyunca eşlerinden en az bir kez fiziksel şiddet gördüğüne işaret etmektedir. Her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü söylenebilir. Aynı çalışmada Türkiye bölgelere ayrıldığında Doğu bölgelerindeki kadınların %39'u fiziksel şiddete, Orta/Batı bölgelerinde ise %33'ü fiziksel şiddete uğradıklarını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların sayısı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran %12'dir . Türkiye'de kadınların yaklaşık üçte biri fiziksel şiddete maruz kalırken, daha büyük bir çoğunluk farklı şiddet deneyimleri yaşamaktadır. Alışverişe çıkmaktan aileleriyle görüşmeye kadar kadınların attıkları her adım kocanın denetimine tabi görünmektedir (Altınay ve Arat 2007).

1991 yılında Türkiye'de yapılan bir araştırma; kadınlar arasında önde gelen yaralanma nedenlerinden birisinin aile içi şiddet olduğunu göstermektedir. 16-66 yaşları arasında, her sosyo-ekonomik kesimden kadınlarda aile içi fiziksel şiddet sonucu yaralanmalara rastlandığı, fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %28'inin hastanede tedavi gördüğü, %13'ünün ciddi operasyon geçirmek zorunda kaldığı bildirilmektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995).

ABD'de her yıl 2.6 milyon kadın kocası tarafından dövülmekte, her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet söz konusu olmaktadır. Aile içi şiddet ABD'de kadınların maruz kaldıkları ölümcül olmayan yaralanmaların en sık sebebidir. Aile içi şiddete bağlı ciddi yaralanma riski tüm yaşam boyunca kadınlarda %9 olarak tahmin edilmekte, yine tüm yaşam boyunca kadınlarda aile içi şiddet kökenli herhangi bir tip yaralanma riskinin %22 olduğu tahmin edilmektedir (Batuk 2002, Yıldız 2003).

4.3.2. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, rızası olmayan veya herhangi sebepten dolayı (yaşının küçüklüğü veya akıl hastalığı) rızası kabul edilmeyen bir kişinin, fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku, hile, ve kandırma gibi zorlamalarla cinsel içerik taşıyan bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu davranışlar cinsel amaçlı bir dokunuştan ırza geçmeye kadar geniş bir spektrum içerir (Bütün 2002, Yıldız 2003, Polat 2004, Celbis, Karaca, Özdemir ve Isır 2004, Polat 2005, Aşırdizer 2006).

Cinsel şiddet; ırza geçme, ırza geçmeye teşebbüs, ırza tasaddi, ensest, istenmeyen cinsel davranışlara zorlama, doğurup doğurmaması yönünde bir dizi baskıyı içinde taşıyan kadının bedenini, kimliğini, denetim altında tutmayı hedef alan kültürel, tarihsel, ideolojik kökleri olan bir durumdur. Cinsel şiddette, bedene ve cinsel kimliğe saldırı vardır (Polat 2005).

Cinsel suçlar, insana yönelik suçlar içinde en ağır suçlardan birisi olarak değerlendirilmektedir. Cinsel amaçlı hedeflenen kişinin isteği dışında yapılan hareketleri kapsamaktadır. Bunlar söz atma ile başlayan, elle sarkıntılık, cinsel haz almaya yönelik hareketler ve en uç noktada ırza geçmeyi içine alır (Bütün 2002, Celbis ve ark. 2004, Polat 2005,).

Toplumdaki kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimi cinsel taciz ve ırza geçmedir. Irza geçme; kişinin rıza göstermemesine rağmen güç kullanarak ya da korkutarak cinsel ilişkinin gerçekleşmesidir. Tecavüzün oluşması için cinsel birleşmenin gerçekleşmesi ve eylemin zorla ya da hile ile yapılmış olması gerekmektedir. Çocuklar, zeka özürlüler, psikotikler, uyku, ilaç ya da hastalık etkisiyle bilinci yerinde olmayan kişiler ile cinsel ilişkide bulunmak da yasal olarak tecavüz kabul edilmektedir (Bütün 2002, Polat 2005, Oskay ve Dikencik 2005).

Cinsel saldırı; kadının isteği dışında bedenine ve cinselliğine yöneltilen her türlü davranış, fiziksel temas, cinsellik içeren ifadeler sarf etme ya da söz veya eylemle cinsel talepte bulunma gibi davranışlardır. Cinsel saldırı olarak kabul edilebilecek davranışların ortak özelliği kadınların yaşam alanını ve biçimini denetlemesi ve sınırlamasıdır. Bu tür davranışlar kadınların kamusal alandan uzaklaşmasında etkili olmaktadır.

Cinsel saldırıda genellikle fiziksel ve psikolojik şiddet de eşlik etmekte; dayak, tehdit ve aşağılama gibi kadının cinselliğine yönelik sözlü saldırı da bir arada görülebilmektedir (Bütün 2002, Polat 2005).

Cinsel saldırının en ağır şekli olan ırza geçme; şiddet kullanarak gerçekleştirilen, reşit olmayan biriyle ilişkide bulunma, toplu, evlilik içi, erkeğe ve homoseksüellere yönelik olarak da ortaya çıkabilmektedir.

Kadınların zorla gerçekleşen cinsel ilişkide eşine yanıt verme zorunluluğu duygusu ile yaşadıklarını daha kolay kabullenip rasyonalize ederlerken, anal ve oral ilişki ile enstest gibi konularda yaşananları çok rahatlıkla normal dışı olarak tanımlamaktadırlar.

Cinsel saldırıda bedensel yaralanma, boğazın sıkılması, tokatlanma, kırıklar, yumruklama ve öldürme gibi fiziksel sonuçların yanında, korku, panik, tiksinti gibi duygusal travma da söz konusudur (Bütün 2002).

Kadın bedenine yönelik olarak en sık rastlanan istismar şekli olan cinsel taciz olayına toplumun hemen her alanında ve özellikle de iş yaşamında sıklıkla rastlanmaktadır. Genellikle otuz yaşın altındaki genç kadınlar ve özellikle de aile fertlerine bakmak durumunda olan hiç evlenmemiş, dul, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayan kadınlar iş yerinde çalışan herhangi bir kişi tarafından cinsel istismara uğrayabilmektedir (Bütün 2002, Yıldız 2003). Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerde yapılan araştırmalar, çalışan kadınların %35-84'ünün iş yerinde cinsel istismarla karşı karşıya kaldıklarını belirlemiştir. ABD'de ise, 1985-1987 yıllarında kadınların %42'sinin işyerlerinde cinsel tacize uğradıkları belirlenmiştir. Filipinler'de genç kızlar işten atılma kaygısıyla işyerinde cinsel tacize katlanmak zoruna kalmaktadırlar (Atman 2003, Yıldız 2003).

Cinsel saldırı bütün toplumlarda yaygın olan ağır bir şiddet suçudur. Örneğin ABD'de her yıl 683 bin, İsviçre'de 4000, Almanya'da ise 160 bin kadın tecavüze uğramaktadır .Türkiye'de 1993 yılında tecavüze uğrayan kadın sayısı 5860 dır. Gerçekte tecavüz vakaları bu rakamlardan çok daha yüksektir (Bütün 2002, Oskay ve Dikencik 2005).

Yıldız'ın belirttiğine göre; Miami'de yapılan bir çalışmada 406 evli kadının %3'ünün istemedikleri halde cinsel ilişkiye zorlandıkları, Amerika Birleşik Devletleri'nde eşlerinin fiziksel şiddetine uğrayan kadınların %46'sının cinsel

istismara da uğradığı bildirilmiştir (Yıldız 2003). Yine ABD’de her beş kadından birisinin 21 yaşına kadar bir cinsel saldırıya maruz kaldığı bildirilmiştir (Cebis ve ark. 2004).

Altınay ve Arat ‘ın (2007) çalışmalarında, kadınların %14’ü en az bir kez istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığını, cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin %67’si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Yine aynı çalışmada Türkiye, Doğu ve Orta/Batı bölgeleri olarak değerlendirildiğinde; Doğu bölgelerindeki kadınların %14’ü, Orta/Batı bölgelerindeki kadınların %14’ü cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Dünyada cinsel istismar kurbanlarının adli makamlara başvuru oranının çok düşük olduğu belirtilmekte olup, bu durum büyük oranda mağdurun gerek genellikle en yakın çevresinde bulunan saldırgandan, gerekse ailesinden korkması ve uğradığı bu mağduriyeti bir yabancı ile paylaşamayacak derecede mahrem bir konu olarak algılaması ile ilgilidir. Özellikle toplumumuzda yaşayan kadınların aile içinde yaşanan cinsel şiddet konusundaki bilgilerinin yetersiz olması ya da bu davranışları şiddet olarak düşünmemeleri, karı koca arasında yaşanabilecek cinsel taciz olaylarının, evlilik ve aile yapısı içinde normal bir olay olarak algılamaları, cinsel istismar olaylarının yargıya intikalini engellemektedir (Aşırdizer 2006). Ülkemizde tecavüze uğrayanların başvuracakları özel eğitimli adli ve tıbbi birimler bulunmadığından, gerekli yasal düzenlemeler yapılmamış olduğundan ve tecavüzün ispatlanması zorunluluğu nedeniyle kadınlar tecavüze uğradıklarını bildirmekten çekinmektedirler (Oskay ve Dikencik 2005).

Toplumda cinsel saldırıya ilişkin ciddi önyargılar söz konusudur. Cinsel saldırıya uğrayan kadınlar, cinsel şiddeti tahrik etmekle, kendi giyim ve davranışlarıyla saldırı ortamını hazırlamış olmakla suçlanmaktadır. Bu durum kadının özel yaşamında bir kısıtlanmaya yol açmaktadır. Kadınların eğer önlem almamışlarsa, başlarına geleceği hak ettikleri bile iddia edilebilmektedir.

Aile içinde akrabalık nedeniyle evlenmeleri yasalara ya da geleneklere aykırı olan kişiler arasındaki cinsel ilişkiye ensest denilmektedir. Latince ensest kelimesi lekelemek, kirletmek anlamını taşıyan incestare sözcüğünden gelmektedir. Toplum ve kültür tarafından yasak edilen bu ilişki aile, akraba ilişkisi içinde olan yetişkin bireyler ve çocuklar arasında yaşanmaktadır. Toplumsal, dinsel, kültürel olarak

yasaklanmasına karşın son yıllarda encest ilişkisinin arttığı ve yaygınlık gösterdiği bildirilmektedir.

Encest ilişkisinin faili, öz baba, üvey baba, amca, erkek kardeş, dayı, dede gibi akraba erkeklerdir. Tek bir kişi olabildiği gibi birden fazla kişi de olabilmektedir. Encest failinin kadın olduğu vakalara literatürde rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada encest ilişkide çarpıcı olarak %90'ların üzerinde failin erkek, kurbanın ise kız çocuğu olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir araştırmada ise 27 saldırganın 19'u öz baba, 2'si üvey baba, 4'ü amca, 3'ü kuzen, 1'i büyük baba olduğu tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmada saldırganların tamamına yakınının kurbanın yakını olduğu tespit edilmiştir.

Encest olgularında; saldırgan duygusal olarak gelişmemiş, kendine güvensiz, iletişim sorunlu, çocukluğunda cinsel taciz yaşamış, evlilikte cinsel sorunları olan ya da cinsel gereksinimlerini eşinden karşılayamayan, alkol, uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle davranış kontrolünü kaybeden erkekler ile toplumsal yapı encestin yaşanmasında saptanan nedenlerdir (Bütün 2002).

4.3.3.Duygusal şiddet

Duygusal şiddet, kadının duygularına, kimliğine ve ilişkilerine yöneliktir. Bağırarak, aşağılamak, duygularını önemsememek, gururunu incitmek, lakap takmak, küçümseme, yetersiz olduğunu, hiç bir şey beceremediğini düşünmek, tehdit ile sindirmek, küfür etmek gibi duygularına yönelik davranışlar ile kadının, ailesi, akrabaları ve arkadaşları ile görüşmesine izin vermemek, evden dışarı çıkmasını, alışveriş yapmasını kontrol etmek, ne yaptığını araştırmak, kimlerle görüştüğünü sorgulamak ve giyimine müdahale etmek, maddi ve manevi olarak kadını destek alabileceği kişi ve kuruluşlardan soyutlamak gibi çok geniş bir davranış spektrumunu kapsamaktadır (Sheridan 2001, Bütün 2002, Yıldız ve ark. 2003, Polat 2004, Öztürk ve Sevil 2005, Polat 2005, Aşırdizer 2006). Kadını korkutmak, örneğin bıçak, silah göstererek baskı oluşturmak, çocuğuna veya ailesine zarar vermekle tehdit etmek ya da kadının çok sevdiği eşyalara zarar vermek söz konusudur. Duygusal şiddet örtülü biçimi olması ile farklılık gösterir. Fiziksel şiddet gibi görünürde iz bırakmadığından dolayı, daha az önemsenmektedir. Oysa kadının kendine olan güvenini, kimliğini tamamıyla yok edebilmektedir (Bütün 2002, Polat 2005).

Her ne kadar ciddi fiziksel şiddet dikkatlerin üzerine toplandığı şiddet tipi ise de, aile içi şiddete maruz kalan kadınların çoğu duygusal şiddetin en az fiziksel şiddet kadar zarar verici olduğunu, duygusal şiddetin esas yargılayıcı şiddet şekli olduğunu ve kadını toplumsal yaşamdan dışlandığını belirtmektedir (Batuk 2002).

Eşlerin sık sık duygusal boyutta uyguladıkları şiddet, kadından başka çocuklara ve kadının ailesine yöneldiği de görülmektedir. Fiziksel boyutu daha geriplanda olan psikososyal şiddet kadının ruhsal dünyasını yaralamak ve kadını denetim altında tutmakta etkili bir araç olabilmektedir (Bütün 2002).

Duygusal şiddet kadının özsaygısını sistematik olarak parçalamaktadır. Yetişkinlerin çocukluklarında geçirdikleri cinsel istismar, duygu, özalgılama ve toplumsal işlevleri üzerinde çeşitli etkilere yol açabilmektedir. Böyle bir deneyim geçirmiş olan kimselerin, öteki kurbanlara ya da kurban olmayanlara göre daha çok depresyon bildirme ve depresyon yüzünden hastaneye yatırılma olasılıkları vardır. Hem intihar düşüncesi hem de kasıtlı olarak kendini kesme, yakma, ya da kendine başka şekilde zarar verme şeklindeki davranışların insidansı; çocuklukta cinsel saldırı yaşamış erişkinlerde, onların klinik popülasyonlar içinde bile ayırt edilmesini sağlayacak kadar yüksek bulunmuştur. Buna son derece yüksek bir intihar prevalansı da dahildir. Kronik ve ağır uyku bozuklukları, anksiyete nöbetleri, kronik korku hali ve cinsel doyum bozuklukları da sık rastlanan semptomlardır (Batuk 2002, Bütün 2002).

Yıldız'ın belirttiğine göre; Saldırganlık ve şiddet uygulamalarının, insan psikolojisine yaptığı etkiler inkar edilemez bir gerçektir. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nın yapmış olduğu bir araştırmada, kadınların kliniğe başvuru şeklinin doğrudan fiziksel şiddet ile olmadığı, daha çok psikolojik yakınmalar nedeniyle olduğu belirlenmiştir (Yıldız 2003).

Batuk'un belirttiğine göre; Kadına yönelik aile içi duygusal şiddeti saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; kadınların %69'unun eşinin baskıcı davranışına maruz kaldığı bildirilmiştir. Kadınların bildirdiği en sık baskıcı davranışların; bağırılma (%54) ve olumsuz eleştirilme (%49) olduğu tespit edilmiştir (Batuk 2002).

4.3.4.Ekonomik şiddet

Kadınları şiddet ilişkisinde kalmaya zorlayan önemli sebeplerden birisi de ekonomik bağımlılıktır. Ekonomik güce sahip olmak aynı zamanda kişinin diğerleri üzerinde baskı kurmasına da olanak sağlamaktadır. Bu nedendir ki maddi kaynaklara sahip olan kişi elinde bulundurmaktadır (Bütün 2002, Polat 2005).

Ekonomik şiddet , kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılması olarak da tanımlanmaktadır. Aile içi fiziksel şiddete uğrayan her üç kadından ikisi aynı zamanda ekonomik şiddete de maruz kalmaktadır. Geliri eşinden saklamak, kadının ve çocukların ihtiyaçlarını karşılamamak ekonomik şiddet olarak sıkça kullanılmaktadır (Batuk 2002).

Yapılan çalışmalarda kadınlardan daha az ücretle çalışmayı, kadından daha az gayrimenkule sahip olmayı tolere edemedikleri, özellikle kadının çalışıp para kazandığı erkeğin işsiz olduğu dönemlerde kavga, tartışma ve dayanın gerçekleştiği gözlenmiştir. Maddi gelir kaybı ya da azlığı, erkekte statü kaybı ve güçsüzlük olarak yorumlanmakta, erkeklik kimliğine ilişkin yetersizlik duyguları oluşturmaktadır.

Ekonomik şiddet, kadının yiyecek, ulaşım, giyinme, barınma ve para gibi ihtiyaçları üzerinde baskı kurma, kadının kendine yeterli hale gelmesini önlemek, ilişkide şiddet uygulayıcı erkeğin kontrolünü sağlama ve kadının ilişkiyi terk etmesini zorlaştırmak için uygulanabilmektedir.

Ekonomik şiddet davranışları; kadının çalışmasına izin vermemek, döverek, korkutarak, duygusal baskı ve tehdit ile çalışmasına engel olmak, ziynet eşyalarını zorla elinden almak, ortak para ile alınan malları kendi üzerine almak, mirasına el koymak, paranın denetimini elinde bulundurarak, kasıtlı bir biçimde günlük gereksinimleri karşılanabileceği düzeyde harçlık vermek, eşinden çok az bir para ile evin geçimini en iyi şekilde yapmasını istemek, gelir sağlamak amacı ile eşini fuhuşa zorlamak ve bedeni ile kazandığı parayı elinden alarak sadece harçlık vermek, eşi için duygusal önemi olan çeyizini, elişlerini atmak gibi eylemlerde bulunmaktır.

Kadınların çalışma yaşamında ayrımcılığa uğratılmama hakkı Uluslar arası Çalışma Örgütü'nün sözleşmeleri ile güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Türkiye'de kadınların ekonomik alanda ayrımcılıkla karşı karşıya olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye'de kadınların iş gücüne katılımı erkeklere oranla çok düşüktür. Kadınların iş gücüne katılma oranı %30 iken erkeklerin oranı %70'tir. İş

yeri durumuna göre kadın istihdamına bakıldığında ilk sırayı %74.8 oranı ile tarlada çalışan kadınların aldığı görülmektedir. Kamusal ve özel işyerlerinde çalışan kadınların %21.5 ile ikinci sırayı alırken, bunu %2.7 oranı ile evde çalışan kadınlar izlemektedir. Tarım sektöründe istihdam edilen kadınların %88.3'ü ücretsiz aile işçisi konumundadır. Verilen rakamlar çalışabilir kadın nüfusunun ancak %10'nun gelir getiren bir işte çalıştığını göstermektedir.

Evlilik içi şiddetin kurbanları, yabancıların saldırısına uğrayanlardan farklı olarak, saldırganlarıyla yasal, ekonomik ve sosyal ilişki içinde olabilmektedir. Bu durum şiddet için olduğu kadar yaşadıkları psikolojik sekeller içinde ne yapmaları gerektiğine ilişkin kararlarında zorluklara yol açmaktadır. İncinebilirlik, şaşkınlık, ihanet ve umutsuzluk algıları özellikle şiddetli olabilmektedir. Depresyon prevalansı yüksektir ve intihar girişimlerine de sık rastlanılmaktadır (Bütün 2002, Polat 2005).

4.4. Kadına Yönelik Şiddetin Tarihçesi

4.4.1. Kadına yönelik şiddetin tarihçesi ve şiddeti önlemeye ilişkin gelişmeler

Şiddet, insanlık tarihi kadar eski, nitelik ve niceliği toplumun yapısına ve geçen zamana göre farklılık gösteren, günlük yaşamda duygusal, sözel, fiziksel, ekonomik, siyasal, terör, boyutları ile sıklıkla karşılaşmak zorunda kaldığımız, alınan tüm yasal önlemlere rağmen gelişmesini tamamlamış ülkelerde bile önü alınamayan sosyal bir gerçeği ifade etmektedir (Aşırdizer 2006).

Ailede kadının istismarı, ülkeler ve bireyler arası kültürel, ekonomik ve sosyal farklılıklara bağlı olarak değişimler göstermekle birlikte tarih boyunca her toplumda karşımıza çıkmaktadır (Sözen ve ark. 1999).

Kadınların fiziksel şiddetle karşı karşıya kalmaları 3000 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Arkeologlar erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 oranında kırığa rastlarken, bu oranın kadın mumyaların kemiklerinde %30-50 olduğu bildirilmiştir. Bu kırıkların savaştan çok, bireysel şiddete bağlı olduğu dikkat çekmiştir. Eski Roma yazıtlarında erkekler kendilerinden izinsiz oyunlara katıldıkları, zina yaptıkları için

eşlerini cezalandırmak, boşamak ve öldürmek hakkına sahip olduğu yazılmaktadır (Baysan 2003, Yıldız 2003, Dişsiz ve Şahin 2008).

İnsanlık tarihinde, geriye doğru bakıldığında, erkek egemenliğinin uzun ve kesintisiz bir zincir şeklinde her dönemde varolduğu ve farklı çağlarda farklı kültürlerde, kadının çeşitli biçimlerde kötü muameleye maruz kaldığı bilinmektedir. Eski Çinlilerde kadınların erkeklerden aşağı olduklarına inanılırdı. Budizmin dinsel öğretisi kadınların kötülüğü simgelediklerini ve bu nedenle her zaman kontrol altında tutulmaları gerektiğini vurgulardı. Eski Hint'te ise, kadın tarlaya benzetilirdi. Erkek birden çok kadınla evlenebilir, kocasına ihanet eden kadın ölüm cezasına çarptırıldı. Eski Yunan ailesinde, kadın, hor ve hakir görülürdü. Kadın evlenince kocasının eşyası haline gelir, kocasından habersiz sokağa çıkan kadın, ölümle cezalandırıldı. Yunan mitolojisinde bahsedilen hayali kadın "Pandora" insanın başına gelen bütün felaket ve belaların sebebi sayılırdı. Arap ailelerinde ise, kadının, erkeğin ihtiraslarını tatmin ve hizmetlerini görmek için yaratıldığı görüşü hakimdi. Devrim öncesi Rusya'da da, erkek kadını aşağı ve kirli görürdü. Kız çocuklar pek az eğitim görür ve evlilikleri babaları tarafından ayarlanırdı (Baysan 2003).

Görüldüğü gibi kadına yönelik şiddet, yüzyıllar boyu yaşamın bir parçası olarak görülmüştür. Kadına yönelik şiddet hakkında ilk karşı çıkışlar 15.yüzyılda görülmüş; 1405'de Fransız yazar Christine dePizan "The Book of the City Ladies" adlı kitabının satırları arasında kadınlara kocaları tarafından uygulanan acımasız şiddete yer vermiş; 15.yüzyıl sonları ile 16.yüzyıl başlarında Pakistan'da yaşayan Guru Nanak Dev, "kadınların erkekler ile eşit haklara sahip olması gerektiğini savunan" ilk erkek düşünür olarak tarih sayfaları arasında yer almış, 18.yüzyılda Mary Wollstonecraft erkeğe karşı kadın haklarının ilk savunucularından olmuş ve özellikle yazdığı "A Vindication of the Rights of Women " adlı kitabında, kadının doğal olarak erkeğin altında yer almadığını ancak eğitim eksiklikleri nedeniyle öyle gözüktüklerini belirterek, erkeğin kadına uyguladığı vahşilikten söz etmiş; 19. yüzyılda İngiliz filozof ve ekonomist olan John Stuart Mill, kadın haklarını gündeme taşıyarak, ilk kez kadına oy hakkını gündeme taşımış, bu arada erkeğin kadına uyguladığı şiddeti "vahşilik" olarak tanımlamış; aynı yüzyıl içerisinde erkeğin eşine uyguladığı şiddete yasal olarak da sınırlamalar getirmeye başlanılmış ve bu ilk sınırlamalarda önceden, erkek, karısını cezalandırmak için "makul herhangi bir aleti"

kullanabiliyorken, yeni yasa ile “erkeklerin eşlerini cezalandırmak için baş parmaklarından kalın sopa kullanamayacakları “ hükmü yer almış; bu sınırlama ile, 1824’de, bir Missisipi Mahkemesi’nden, erkeğin eşini belli sınırlarda olmak şartı ile fiziksel olarak cezalandırabileceği kararının çıkması ile Amerikan Mahkemeleri tarafından da aile içi şiddet onaylanmıştır (Subaşı ve Akın 2003, Polat 2004, Polat 2005, Aşırdizer 2006, Işıloğlu 2006).

Sonraki elli yıl içinde mahkeme kararları çeşitlilik göstermiştir. 1864’te Kuzey Carolina’da Üst Mahkemesi “kocanın eylemi, kalıcı yara oluşturmamış, kötü niyetle uygulamamış, gaddarca ve tehlikeli değilse, perdeyi kapamak, gözleri yummak ve çiftleri unutmaya ve bağışlamaya bırakmak daha iyidir” şeklinde karar vererek bu sınırlamalara bir yenisini eklemiştir. 1867’de daha yüksek bir mahkeme tarafından bu karar kaldırılmıştır. Gerekçe şöyle ifade edilmekte idi: “Eğer kalıcı bir zarar yok ise veya uygulanan şiddet kötü niyetli ve tehlike yaratabilecek boyutlarda değil ise, olayı ev içinde gözlerden uzak tutup, unutulmasına çalışmak en iyi davranış olacaktır”. Aynı dönemlerde, İngiltere’de, kadın ve çocuklara saldırgan davranışlar gösterenlere altı aya kadar hapis cezası öngören ilk yasa çıkarılmıştır.

1866’da Teksas kırsal alanında ilginç bir gelişme olmuş. “Hiçbir kadın dayakla iç içe yaşamak zorunda değildir” diyen Martha White Mc Whirter önderliğinde dayaktan kaçan kadınlara yardım etmek amacıyla, ilk kadın sığınma evi kurulmuş ve yaklaşık elli kadın, 1880’e kadar çiftçilik yaparak ve otel işleterek, buradaki bir evde, toplu halde yaşamışlardır. 1883’de Maryland’ da aile içi şiddet belli sınırların ötesinde suç olarak kabul edilmiştir (Subaşı ve Akın 2003, Polat 2004, Polat 2005, Aşırdizer 2006, Işıloğlu 2006).

Kadının aşağılanması, güçler arasındaki eşitsizlik, kadının mal olarak görülmesi, cinsiyetçi rollerin dayatılması, erkeğin saldırgan davranışlarına onay verilmesi kadının ikinci sınıf insan sayılması baskın konumundaki erkeğe bağımlılığın sürmesini sağlamaktadır. Güç eşitsizliği ve “aile meseleleri”nin karışılması gereken özel hayat sayılmasının yanında sağlık ve adalet sisteminde görev yapanlar da 1960’lı yıllara kadar kadına yönelik şiddeti görmezden gelmiştir. 1970’li yıllardaki kadın hareketi kadının toplumda yaşadığı her türlü şiddete dikkat çekilmesini sağlamıştır (Subaşı ve Akın 2003).

Kadına yönelik fiziksel şiddet ile ilgili 70' li yıllara kadar sınırlı sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda daha çok yabancıların uzaktan tanıdıkları saldırıları üzerinde durulmuştur. O dönemde, aile içi şiddetin ender rastlanan bir durum olduğu sanılmış, bireysel psikopatolojinin sonucu olduğu düşünülerek, toplum çapında bir sorun olarak ele alınmamıştır.

Bu konudaki bilimsel çalışmalar ilk kez 1971 yılında Journal of Marriage and the Family adlı bilimsel dergide “ aile içi şiddet” konulu özel ekte yer almıştır. Son 15 yıldır ise, aile içi şiddete maruz kalan kadınların sıklığı ile ilgili toplumbilim araştırmalarının artması, kitle iletişim araçlarında trajik aile öykülerinin yer alması, feminist grupların kamuoyunu harekete geçirmeleri ve kadınları korumak amacıyla örgütlenmeleri dikkatlerin bu toplumsal sorunda odaklanmasını sağlamıştır (Batuk 2002).

Aile içi şiddet mağdurlarına yardımcı olacak sosyal servisler 1970'lerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Konuyla ilgili ilk kitap 1974'te İngiltere'de Erin Pizzey tarafından kaleme alınmıştır (Batuk 2002, Polat 2004, Işıloğlu 2006).

Kadına yönelik çalışmalar 20. yüzyılda hız kazanmış; “ Kadın istismarı”nın tıp alanında çalışanlar tarafından bilimsel bir gerçek olarak kabul edilişi ise oldukça geç tarihlerde olmuştur. 1990'lı yıllarda uluslar arası kuruluşların kadına karşı şiddet konusunda odaklaşmasını takiben, 1993'de Birleşmiş Milletler de “Kadına Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Beyannamesi” imzalanmış; ilerleyen yıllarda bu beyanname çerçevesinde yapılan çalışmalar hız kazanmış; 1999'da Birleşmiş Milletler Nüfus fonu “kadına karşı şiddetin bir halk sağlığı önceliği” olduğunu kabul etmiştir (Yıldız 2003, Aşırdizer 2006).

4.4.2. Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması sözleşmesine ilişkin tarihsel gelişim süreci

Birleşmiş Milletler (BM) bünyesinde 1946 yılında Kadının Statüsü Komisyonu (CWS-Committee for Status of Women) oluşturulmuştur. Bu komisyonun hazırladığı “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Bildirgesi” 1979 yılında üye ülkelerce onaylanmıştır (Subaşı ve Akın 2003).

Kadının toplumdaki yerini yükseltmek üzere sürdürülen savaşım, Birleşmiş Milletler'in kuruluşundan sonra Kadının Statüsü Komisyonu'nun öncülüğünde farklı bir ciddiyet kazanmıştır. Bu Komisyon tarafından 1975 yılında, Mexico City'de Birinci Dünya Kadın Konferansı düzenlenmiş, bu konferans sonrasında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nca 1975-1985 yılları arasındaki dönem "Kadın On Yılı" ilan edilmiştir (Yıldız 2003, Taşkın 2004, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007). Bilindiği gibi, kadınların ilerlemesini engelleyen etmenler politik, ekonomik, sosyal, kültürel, hukuki, eğitsel ve dini koşullarla yakından ilişkilidir. Bu unsurlar ailede, toplumda, ulusal, bölgesel, ve uluslar arası düzeyde kadınlara yönelik eşitsizlik, haksızlık ve sömürücü koşulların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kadın konusuna yaklaşım değişikliği bu çalışmalar sonucunda gerçekleşmiş, kadın artık destek ve yardımın nesnesi değil, kalkınmanın temel ve eşit öznesi olarak algılanmaya başlamıştır (Yıldız 2003, Polat 2005).

Eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşmayı amaçlayan kadının on yılının ana teması istihdam, sağlık ve eğitim olarak belirlenmiştir. Bu dönemde tüm dünyada kadına ilişkin konulara dikkat çekilmiş ve bir çok aktivite başlatılmıştır (Taşkın 2004).

Uluslar arası kadının en önemli olaylarından biri 1979 yılında BM Genel Kurulunun Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesini (Convention on Elimination of all Forms of Discrimination Against Women- CEDAW) kabul etmesi olmuştur. 1980 yılında imzaya açılan CEDAW 1981 yılında 20 ülkenin onaylaması ile uluslar arası bir sözleşme olarak uygulamaya girmiştir. CEDAW, kadının medeni durumuna bakılmaksızın kadın erkek eşitliğine dayalı olarak, politik, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda temel hak ve özgürlüklerini engelleyen yasalar ve geleneksel yaklaşımların ortadan kaldırılması çalışmalarını içerir. Kadın erkek eşitliği alanında uluslar arası tek yasal bağlayıcı doküman olan bu sözleşmeye Mart 2001 yılı itibarı ile 167 ülke taraf olmuştur.

On yıllık dönemin ilk yarısını değerlendirmek amacı ile İkinci Dünya Kadın Konferansı Kopenhag'da toplanmış ve kadınların durumunu iyileştirmek için alınacak önlemleri belirleyecek hareket planı kabul edilmiştir (Taşkın 2004).

1985 yılında Nairbori'de Türkiye dahil 157 ülkenin katılım ile Üçüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleşmiştir. Bu konferansta kadınların ekonomik sosyal yaşam

programlarının dışında bırakıldıkları ve sonuçta gelişme sürecinin yararlarından daha az pay aldıkları vurgulanmıştır. Konferans sonunda “2000’li yıllara yaklaşırken kadınların ilerlemesi için Nairobi ileriye dönük temel stratejileri” kabul edilmiştir. Ev içinde kadına yönelik şiddet, insan ticareti, silahlı çatışmalarda kadının durumu gibi, kadına yönelik şiddetin farklı biçimleri üzerinde durulmuş, bu stratejiler yasal, sosyal ve siyasal katılımda eşitlik olarak üç temel alanda geliştirilmiş ve kadınların bu alanlara eşit katılımının sağlanması ile toplumda daha fazla katkı sağlayacakları kabul edilmiştir. Bu toplantıda benimsenen “Toplumsal Gelişmede Kadın” (WDI-Women in Development) yaklaşımı tüm dünyadaki kadınlara fertilite hızında düşme, maternal, mortalitede azalma ve okur yazarlık oranında yükselme gibi önemli kazanımlar sağlamıştır (Taşkın 2004, Polat 2005, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

1995 yılında Pekin’de 189 ülke temsilcisinin katılımı ile BM Dördüncü Dünya Kadın Konferansı toplanmıştır. Konferansın sonunda Pekin Deklerasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir. Türkiye her iki belgeyi de hiçbir çekince koymadan kabul etmiştir. Bu toplantıda kadının güçlendirilmesinde “Toplumsal Cinsiyet ve Gelişme Yaklaşımı” (GAD- Gender and Development) benimsenmiştir. Toplumsal cinsiyet kavramı, “sosyal yönden kadın ve erkeğe değişik kültürlerde verilen roller” olarak tanımlanmaktadır (Yıldız 2003, Taşkın 2004). Eylem planında ise kadının güçlendirilmesine yönelik hedefler tanımlanmış ve kadının tüm toplumsal alanlara eşit katılımındaki engellerin ortadan kaldırılması için onun ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi karar alma mekanizmalarında yer alması öngörülmüştür. Pekin Eylem Platformunda, eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşılabilmesi için belirlenen acil tedbir alınması gerekli 12 kritik alandan biri de kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasıdır. Stratejik hedefler ve bu hedeflere ulaşmak için yapılacak eylemler konferansa katılacak tüm ülkeler tarafından imza edilerek kabul edilmiştir (Taşkın 2004, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1999 yılında, kadına yönelik aile içi şiddeti bir halk sağlığı önceliği olarak ilan etmiştir. 2000 yılında, Birleşmiş Milletler Merkezi; 1995 Pekin 4. Kadın Konferansı’ndaki taahhütlerin ne ölçüde yerine getirildiğini değerlendirmek ve Pekin’de benimsenen Eylem Platformu’nun daha etkin ve hızlı bir şekilde hayata geçirilmesini sağlayacak stratejiler geliştirmek üzere 180 hükümet

heyeti ve 2000'den fazla bağımsız kadın örgütü ile toplantı yapmıştır (Batuk 2002, Taşkın 2004, Polat 2005).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey Kadının Statüsü Komisyonu, Kadına Yönelik Şiddet Çalışma Grubu 4 Eylül 1992'de "Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi Bildirisi"ni yayınlamıştır (Subaşı ve Akın 2003). 1993 yılında Birleşmiş Milletler Genel Meclisi "Kadına Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Beyannamesi" ni kabul etmiştir. Mart 1994 yılında İnsan Hakları Komisyonu kadına karşı şiddet üzerine ilk özel rapörtörünü, kadın insan haklarının istismarını araştırmakla görevlendirmiştir. Kahire'de 1994 yılında yapılan Uluslar arası Nüfus ve Gelişim Kongresi ve Pekin'de 1995 yılında yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda, dünyanın her yerinden kadın organizasyonları cinsiyete dayalı şiddeti sona erdirmenin öncelikli sorun olarak ele alınması gereğini savunmuşlardır. Kahire Hareket Programı cinsiyete dayalı şiddeti, kadının üreme ve cinsel sağlığı ile hakların karşısında duran bir engel olduğunu kabul etmiştir (Batuk 2002, Yıldız 2003, Subaşı ve Akın 2003, Polat 2005).

Öte yandan uluslar arası kuruluşların çeşitli birimlerinde, hükümetler arası konferanslarda ve zirvelerde kadına yönelik şiddet konusu sürekli gündemde tutulmaktadır (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Avrupa Konseyi tarafından "Kadına Karşı Şiddetle Mücadele Kampanyası" çerçevesinde, Makedon Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile eşgüdüm halinde 11-12 Eylül 2007 tarihinde Üsküp'te düzenlenen "Polis, sağlık personeli ve sosyal görevliler tarafından şiddete maruz kalan kadınlara destek verilmesi ve koruma sağlanması" konulu bölgesel seminer Türkiye'nin yanı sıra Arnavutluk, Bosna-Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Sırbistan ve Slovenya'nın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Kadına yönelik şiddetle ilgili yasal düzenlemelerin uygulanmasında yaşanan sıkıntıların giderilmesi için izleme mekanizmalarının oluşturulması aynı zamanda parlamentoların da, yapılan düzenlemelerin, kabul edilen kanunların polis, sağlık görevlileri ve sosyal görevliler tarafından gerektiği gibi uygulanıp uygulanmadığını denetlemesi gerektiği hususları dile getirilmiş, kadına yönelik şiddetle mücadelenin ancak ve ancak kurumlar arası koordinasyonun iyi bir şekilde sağlanması ve kurumlar arasında etkin bilgi paylaşımı ile amacına

ulaşabileceğine vurgu yapılmıştır (http://www.ksgm.gov.tr/belgeler/makedonya_bolgesel_seminer.doc, Erişim Tarihi: 01.11.2008).

4.4.2.1.Türkiye’deki gelişmeler

Türkiye CEDAW sözleşmesini 1985 yılında imzalanmış ancak medeni kanunun bazı hükümleri ile çeliştiği gerekçesi ile 15. ve 16. maddelerine çekince koymuştur. Daha sonraki yıllarda medeni kanunda yapılan değişiklikler ile bu çekinceler 1999 yılında tümü ile kaldırılmıştır (Taşkın 2004).

Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren kadınların talepleriyle ülke gündemine giren kadına yönelik şiddet, 1988 yılı ve sonrasında açık oturumlar, konferanslar ve araştırmalarla öncelikli kadın sorunları arasına girmiş ve yavaş yavaş ülke gündemindeki yerini almıştır. İlk kampanya 1987 yılında kadın hareketi tarafından başlatılan “Dayağa Hayır!” kampanyasıdır. Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSGM) ve diğer kamu kurum ve kuruluşlar ile sivil toplum örgütleri, başta “Uluslar arası 25 Kasım Kadına Karşı Şiddete Hayır” günü olmak üzere düzenlenen çeşitli toplantılar, kampanyalar ve yayınlarla şiddetin insan üzerindeki olumsuz etkilerini tartışarak bu konudaki duyarlılığı arttırmakta ve pekiştirmektedirler. 1990 Kasım’ında ise aile içi şiddete maruz kalan kadınlara danışmanlık hizmetine başlanmıştır. Halen bu hizmet ilk kurulan dayanışma merkezi olan Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, diğer kadın dayanışma merkezleri ve sosyal hizmet örgütleri tarafından sürdürülmektedir (Batuk 2002, Yıldız 2003, Polat 2005, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007). 1996 yılında Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından yürütülen Kadının Kalkınmaya Katılımını Güçlendirme Ulusal Programı kapsamında desteklenen, Ankara Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi koordinatörlüğünde; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Ünitesi ve Psikiyatrik Kriz Araştırma ve Uygulama Merkezi öğretim üyeleri ve Kadın Dayanışma Vakfı psikologlarının katkılarıyla gerçekleştirilen “Karakoldaki Dostumuz” programına, şiddetle karşı karşıya kalmış kadınlara hizmet veren polis memurlar katılmıştır (Yıldız 2003).

Kadına yönelik şiddete ilişkin toplumsal duyarlılığın artırılması amacı ile kampanyalar yürütülmektedir. 25 Kasım 2004 tarihinden itibaren KSGM ve Birleşmiş

Milletler Nüfus Fonu işbirliği ile yürütülen “Kadına Karşı Şiddete Son Kampanyası” çerçevesinde kamu kurum ve kuruluşları, özel sektör, meyda kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimlerle işbirliği yapılarak özellikle erkeklerin bilinçlendirilmesi ve farkındalık kazandırılmasına özel önem verilmektedir. Genel Kurmay Başkanlığı ile işbirliği yapılarak, vatani görevini yapmakta olan er ve erbaşlara yönelik eğitim programında “kadın-erkek eşitliği, kadının insan hakları, kadına yönelik şiddet, töre ve namus cinayetlerinin önlenmesi” konularına yer verilmiştir.

Çağdaş Eğitim Vakfı, Hürriyet Gazetesi ve CNN Türk tarafından ortaklaşa başlatılan “Aile İçi Şiddete Son” Kampanyası ile aile içi şiddetin kadın ve çocuklar üzerindeki etkilerini ortaya çıkarmak, şiddetin olmadığı aileler oluşturmak ve toplumun her kesiminde aile içi şiddeti ortadan kaldırmak için yurt içinde ve yurt dışında etkinlikler yürütülmektedir.

Kadına yönelik aile içi şiddet konusunda kamuoyunda farkındalık ve duyarlılık oluşturmak için yürütülen çalışmaların yanı sıra, bu alanda hizmet sunan kamu personeline (kolluk kuvvetleri, yargı organları ve sağlık kuruluşlarında çalışan ve sosyal hizmet alanında görev yapan personel) yönelik hizmet içi eğitim programları yürütülmektedir. Bu kapsamda, şiddet mağduru kadınlar için ilk başvuru yerleri olan polis merkezleri ve karakollarda çalışan yaklaşık 40.400 Emniyet Teşkilatı personelinin eğitimine yönelik protokol 26.12.2006 tarihinde bakanlıklar arasında imzalanmıştır. “Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Polisin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Programı” kadına karşı şiddet, toplumsal cinsiyet eşitliği, şiddet mağdurlarına yaklaşım tarzı, 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve diğer ilgili kanunların uygulanması konularını kapsamaktadır (Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Sağlık Bakanlığı “Üreme Sağlığı Eğitim Merkezleri” aracılığı ile sağlık personelinin katıldığı “Üreme Sağlığı Eğitim Modülü” kapsamında toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda eğitim çalışmaları yürütmektedir (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007). Sağlık çalışanlarının şiddet mağduru ve risk altındaki kadınlara yaklaşımı, iletişim, şiddet mağdurlarını tanıma, mesleki yetki ve sorumlulukların bilinmesi, yasal düzenlemeler ve şiddet mağdurlarına yardımcı olabilmeleri amacıyla ülke genelinde 75.000 sağlık çalışanına eğitim vermek

amacıyla bakanlıklar arasında “Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Projesi Protokolü” imzalanmıştır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008).

Ülkemizde kadına yönelik aile içi şiddetin ortadan kaldırılması için yürütülen çalışmalar son yıllarda yoğunlaştırılmış ve 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesinin yayınlanması ile kadına yönelik şiddetle mücadele bir devlet politikası haline gelmiştir (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007). Söz konusu genelge EK:11’de belirtilmiştir.

4.5. Şiddete Bakış Açısı

4.5.1.Dünyada kadına yönelik şiddet

Kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik gelişmişlik ve öğretim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve kültürlerde son derece yaygın görülen bir olaydır.

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların 1/3’ü ile 2/3’ünün eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha yüksek olup %20-50 civarındadır (Güler ve Tel 2005).

Aile içi şiddet her ülkede, her ırkta, bütün dini ve etnik gruplarda yaygın olarak görülebilen evrensel bir sorundur. Aile içi şiddet oranı ülkelere göre farklılık göstermektedir (Eryılmaz 2001). Dünyada her üç kadından biri şiddete, her beş kadından biri yaşamlarını paylaştıkları erkekler tarafından fiziksel ve/ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Giray ve ark. 2005). Birleşmiş Milletlerin yaptığı bir araştırmaya göre dünyada her yıl 3-4 milyon kadın şiddetle karşı karşıya kalmaktadır (Savran ve ark. 2002).

WHO’nun 2002 yılı raporuna göre; kadınların yaklaşık %47’si ilk cinsel ilişkilerinin zorla olduğunu, kadın cinayet kurbanlarının yaklaşık %70’i erkek partnerleri tarafından öldürüldüğü belirtilmiştir. WHO’nun 2005 yılındaki “ Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu”na göre de; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %6-59 arasında saptanmıştır ve kadınların eşleri tarafından “yumruklanma”, “tekmelenme”, “yerde sürüklenme”, “silahla tehdit edilme” gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı

%4-49 arasında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı ise; %6-59 oranında olduğu belirlenmiştir (Dişsiz ve Şahin 2008).

2000 yılındaki Dünya Kadınları Hakkında Birleşmiş Milletler Çalışmasına göre ABD’de her 15 saniyede bir aile içi şiddet olmakta ve her 4 aileden birinde şiddet yaşanmaktadır, her yıl 2-4 milyon kadın erkek arkadaşı veya eşi tarafından dövülmektedir ve kadınların %28’i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. ABD’de 2000 yılında Adalet Bakanlığı verilerine göre her 90 saniyede bir kadın tecavüze uğramaktadır (Eryılmaz 2001, Polat 2005). Her dört ABD’li kadından biri yaşamlarının bir döneminde eşi ya da partneri tarafından fiziksel ya da cinsel olarak saldırıya uğramaktadır (Carney and Kibbin 2003, Coker et al 2007).

Çetin ve ark. bildirdiğine göre; Amerika Birleşik Devletlerinde 1986 da 2134 evli ya da birlikte yaşayan çiftte ülke çapında Rastgele Telefon Örneklemi ile bir çalışma yapılmış, kadınların en az %28’i bir kez, %11.3’ü son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Kanada’da 1993’te yapılan bir çalışmada Toronto’da 604 evli ya da dul kadında yine rastgele telefon örnekleme ile yapılan ülke çapındaki araştırmada kadınların %36.4’ü ilişkilerinde fiziksel olarak istismar edildiklerini %11.3’ü ciddi fiziksel istismara ve %14.4’ünde son bir yıl içinde fiziksel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Meksika’da 1993 yapılan bir çalışmada 1163 kırsal ve 427 kentsel kesimde oturan kadınların rastgele örnekleme ile %56.7 oranında kentsele, %44.2 oranında ise kırsal kesimde yaşayan kadınların şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Çetin ve ark. 2005).

Olavarrite ve ark. 2000- 2003 yıllarında Mexico City’de 1314 hamile kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %25’i cinsel ve fiziksel şiddeti eskiden beri yaşadıklarını, %11.1’i şiddeti halen yaşadığını ve %7.6’sı hamileliği boyunca yaşadığını bildirmişlerdir. Kadınların %71’i hamilelikte şiddetin arttığı bildirilmiştir.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, evli çiftlerin %16’sında kadınlar fiziksel şiddete uğramaktadırlar (Savran ve ark. 2002).

Fransa’da şiddet kurbanlarının %95’i kadınlardır. Avrupa Kadınlar Lobisinin 2001 yılında yaptığı çalışmada her yıl 25 bin kadın tecavüze uğramaktadır (Polat 2005, Kadına Yönelik Şiddet Sayacı).

Arabacı ve Karadağlı'nın bildirdiğine göre, İrlanda'da yaklaşık her 5 kadından 1'inin yaşamlarının bir döneminde aile içi şiddetin herhangi bir formunu yaşadığı belirtilmiştir (Arabacı ve Karadağlı 2006).

Perez ve ark. (2003) yaptığı çalışmada, İspanya'da aile içi şiddetin yaygın olduğu ve kadınların %32'sinin fiziksel, duygusal veya cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Rusya Federasyonu'nda her gün 36 bin kadının eşleri ve partnerleri tarafından dövüldüğü ve her 40 dakikada bir kadının aile içi şiddet sonucu öldüğü belirtilmektedir (Kadına Karşı Şiddet Sayacı 2004, Polat 2005, Arabacı ve Karadağlı 2006).

Lynch, ülkeler arasındaki şiddetin yaygınlığını kıyaslamak için, 36 farklı ülkede nüfusa dayalı olarak yapılan 49 çalışmayı gözden geçirmiş; nüfusa dayalı çalışmalarda şiddetin %1.3'den %52'ye kadar değiştiğini bildirmiştir. ABD'de bu oran %8.3 - %13.6 arasındadır. Yeni Zellenda, Kore, Nkaragua, İsrail, Filistin ve Arap Ülkelerinde %20'den yüksektir. Diğer ülkelere göre daha yüksek yaygınlığın olduğu yerler Antigua, Barbados, Mısır, Etopya, Bangladeş, Hindistan, Kenya, Nijerya, Papua Yeni Gine'dir. Kıyaslama yapıldığında; ABD, Kanada, Filipinler, İsviçre ve Güney Amerika'daki yaygınlığın %20-%30 arasında olduğunu, oysaki Kamboçya, Norveç, Paraguay, Portorico, Güney Afrika ve Zimbabue de %10-%20 arasında olduğunu belirtmektedir. Tam bir kıyasın hala mümkün olmamasına rağmen dünyanın her ırksal grubunda, gelişmiş, sanayileşmiş ve gelişmekte olan her bölgesinde şiddetin yaygın olarak görülmekte olduğunu bildirmiştir (Lynch 2006).

Othman, Azmi ve Adenan (2008) göre, Malezya 'da 15 yaşındaki bayanların %39'ununun eş ya da partnerleri tarafından fiziksel şiddete uğramaktadır. Malaya Üniversitesi Medikal Merkezi Kliniği'ne gelen her 7 kadın hastadan birinin şiddete maruz kaldığını belirlenmiştir.

Taylant, Bangkok'da yapılan bir araştırmada görüşülen kocaların %20'si eşlerini fiziksel istismara maruz bıraktıklarını belirtmişlerdir (Lynch 2006).

Krantz, Phuong, Larsson, Tuan ve Ringsberg'in (2005), Vietnam'da 1090 kadından oluşan nüfusa dayalı yaptıkları çalışmada, kadınların %6-30'u eşinden ya da partnerinden fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddete

maruz kalan bu kadınların sadece %14'ünün hastaneye başvurdıklarını bildirmişlerdir.

Pek çok gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, erkeklerin eşlerini güç kullanarak disipline etme hakkı olduğu konusunda birleşmektedirler. Örneğin Mısır'da kırsal kesimden kadınların en az %80'i, kadına karşı fiziksel şiddetin bazı durumlar çerçevesinde kabul gördüğünü, bu durumda en çok uygulanan fiziksel şiddetin, cinsel ilişki isteğinin reddedilmesi sonucu olduğunu söylemektedir (Yıldız 2003, Polat 2005). Mısır'da yapılan başka bir çalışma, kadınların üçte birinin evliliği boyunca, %45'inin ise anket çalışması yapılmadan önceki yılda dövüldüğünü belirtmiştir (Lynch 2006) .

Sierra Leone'deki bir araştırmada üç kadından ikisinin eşleri ya da partnerleri tarafından dövüldüğünü, kadınların yarısının da kendi istekleri dışında cinsel ilişkiye zorlandığını belirtmiştir (Lynch 2006).

Cinsel istismar az rastlanan bir olgu değildir, ancak sıklıkla kayıtlara geçmemektedir. Ülkelerin konuya yaklaşımları da farklılık göstermektedir. Pakistan'da bir kadının cinsel istismara uğraması sonucunda, kadın zina suçundan yargılanmakta ve hapse atılmaktadır. Yine bazı Arap toplumlarında ailenin şerefini "temizlemenin" tek yolu "kabahat işlemiş" kadını öldürmektir. Mısır'da kadınların öldürülmesi üzerine yapılan bir çalışmada öldürülen kadınların %47'sinin bir akraba tarafından, tecavüz edildikten sonra cinayete kurban gittiği tespit edilmiştir (Yıldız 2003, Polat 2005). Güney Afrika'da ise her gün 147 kadın tecavüze uğramaktadır (Kadına Yönelik Şiddet Sayacı 2004).

4.5.2.Türkiye'de kadına yönelik şiddet

Tarih boyunca aile içi şiddet, önemsiz, ailenin özel sorunu olarak görülmüş ve dışarıdan yardım edilmesinin mümkün olamayacağı savunulmuştur. Aile içi kadına yönelik şiddetin ortadan kalkması, sadece kişilerin davranışlarının değişmesi ile değil, aynı zamanda, dayağa izin veren sosyal ve kültürel değerlerin de değişmesi ile mümkün olacaktır. Tarih boyunca kaba kuvvet, egemen güçler tarafından alt grupları çok kadından daha güçlü olduğu göz önünde bulundurulursa, şiddet kurbanlarının kadınlar olması çok da şaşırtıcı değildir (Işıloğlu 2006).

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye’de de kadınlar değişik biçimlerde şiddete maruz kalmaktadır. Eşlerinin fiziksel olarak kötü davranışlarına maruz kalan kadınların yaygınlığına ilişkin verilerin oldukça sınırlı olmasıyla birlikte, Türk toplumunda dayanın yerleşmiş ve üstü kapalı bir sorun olduğu ve toplum olarak soruna tepkimizin çok yetersiz olduğu göze çarpan bir gerçektir. Toplumumuzda, kadınlar eğitimden yoksun bırakılarak eve mahkum edilmekte, ekonomik faaliyetleri yasal ve geleneksel birçok engellerle kısıtlanmakta, çalışma yaşamında haksızlık ve ayrımcılıkla karşılaşmakta ve herhangi bir şekilde desteklenmediğinden şiddetin ilk hedefi olmaktadır (Arabacı ve Karadağlı 2006).

Toplumumuzda kadınların, şiddete karşı ailelerinden yardım isteme dışında seçenekleri yok gibidir. Erken yaşta ve ailelerinin isteği dışında evlenen kadınların ailelerinden yardım istemesi zorlaşmakta ve kadınlar kendi ailelerinden durumu gizlemeye çalışarak izolasyon sürecini arttırmaktadırlar (Yıldız 2003).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı’nın 1993-1994 tarihleri arasında yaptığı ‘ Ailede Şiddet’ konulu bir araştırmanın sonuçlarına göre; Ailelerin %34’ünde fiziksel, %53’ünde ise sözlü şiddet görülmektedir. Çocuklara yönelik fiziksel şiddete rastlanma oranı %46’dır. Aile büyüdükçe şiddet de artmaktadır. Şiddet aynı sıklıkla hamilelik döneminde de sürmektedir. Cinsel şiddet ve taciz oranı ise %9 dur. Şiddete uğrayanların %80’i çaresizlik içinde olduklarını vurgulamıştır. Alkol kullanımının şiddeti artırdığı görülmektedir. İyi eğitim görmüş çiftlerde ise şiddetin görülme oranının düşük olduğu gözlenmektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995, Gömbül 2000, Ünal ve Bilge 2004, Polat 2005).

Aile Araştırma Kurumu’nun yaptığı başka bir çalışmada, her üç erkekten birisi eşine fiziksel şiddet uyguladığı belirtilmektedir (Tel 2002).

Aile Araştırma Kurumu’nun 2003 de yaptığı bir araştırmaya göre geleceğe umutla bakan erkekler arasında dayak atanların oranı düşüktür. “Aile İçi Şiddet ve Toplumsal Alanda Şiddet” başlıklı araştırmaya göre kadınların %10’u eşlerinden sıklıkla dayak yemektedir. Eşleri tarafından sürekli hakarete uğradıklarını söyleyen kadınların oranı %12’dir. Erkeğin dayaa başvurma nedenleri arasında ilk sırada “eşin evle ilgilenmemesi” % 66.2 olarak karşımıza çıkmaktadır. “Eşin saygısız tavır ve davranışları”, “eşin kötü alışkanlıkları” diğer önemli nedenler arasında gösterilmektedir (Polat 2005).

Yine 2003 yılında Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasında kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiş ve bu durumun en dikkat çekici bölümü ise kadınların eşlerinin kendilerine şiddet uygulama konusunda %39.2 haklı olduklarını belirtmiştir. Kadınlar; kocasına karşılık vermesi, kadının yemeği yakması, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkide bulunmayı reddetmesi gibi nedenlerin herhangi birisine bağlı olarak eşlerinin kendilerine fiziksel şiddet uygulayabileceğini kabul etmektedir. Ayrıca kadının kocasının kendisine şiddet uygulamada haklı bulma oranları eğitim durumu düştükçe, genç kadın olma, kırsal bölgede yaşama ve sosyoekonomik bağımlılık arttıkça daha da yükselmektedir (Çetin ve ark. 2005, Erbaydar 2008).

Türkiye’de aile içi kadına yönelik şiddetin sebep ve sonuçlarının araştırıldığı 525 kişi üzerinde yapılan araştırmaya göre kadınların ilk şiddet davranışına %57.7’si ilk evlilik günlerinde, %18.1’i ilk çocuklarının doğumundan sonra ve %5.3’ü ise hamilelik dönemine rastlamaktadır (Öztürk ve Sevil 2005). Ayrancı ve ark. (2002) Eskişehir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu’na çeşitli sebeplerle başvuran kadınlarla yaptığı çalışmada; kadınların %71.4’ünün şu an ya da geçmişteki gebelikleri dönemlerinde ruhsal, sözel, fiziksel ya da cinsel şiddetten birine ya da daha fazlasına maruz kaldıkları belirtilmiştir.

Polat ve Batuk tarafından Bakırköy bölgesinde eşlerinden şiddet gördükleri için adli rapor almaya gelen 100 kadın üzerinde 2002 yılında yapılan çalışmanın verileri de şiddetin dünyadaki duruma paralel olarak ülkemizde de var olduğunu ve kadınları etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre araştırmaya dahil olan kadınların %63’ü en az haftada 2 gün şiddete maruz kalmaktadır. Bunun %97’si duygusal şiddet, %64’ü cinsel şiddet, %30’u ekonomik şiddettir. Olguların %34’ünde şiddetin hiçbir nedene bağlı olmadığını, %18’inde ise eşin alkollüken şiddet uyguladığı saptanmıştır. Erkeklerin %68’i, kadınların ise %43’ü çocuklarına fiziksel şiddet uygulamışlardır. Şiddet yöntemleri içerisinde yumruklama, tokatlama, tekmeleme ilk sırayı almaktadır (Polat 2005).

Günay ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, şiddete uğrayan kadınların %75’inin 25-45 yaşları arasında olduğu ve %70’inin ise evliliğin başlangıcından itibaren şiddete uğradıkları belirtilmiştir (Sözen ve ark. 1999).

Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü'ne Prof. Dr. Tülin G. İçli tarafından 2000 yılında yapılan aile içi şiddete yönelik 1070 kadına uygulanan çalışma sonrasında %21.2 oranında eşlerinin kendilerine karşı şiddet kullandıklarını belirtmişlerdir. %21.7'si de eşinin kendisine cinsel ilişkiye zorladığını belirtmiştir. Erkeğin karısına genel olarak kötü davranmasındaki temel nedenler olarak ilk sırada “erkeğin erkek olduğu için kendinde bu hakkı görmesi ile eğitimsizliği” yer almıştır.

Ankara Ticaret Odası'nın 2003 yılında Ankara İlinde yaptırdığı bir araştırmaya göre kadınların %90'ı kocalarının kendilerine psikolojik şiddet uygulayarak bağırdıklarını, hakaret ettiklerini, aşağıladıklarını, küfür ettiklerini; %40'ı kocalarının kendilerine fiziksel şiddet uygulayarak tokat, tekme, dayak, bıçak veya silahla saldırdıklarını; %15'i kocalarının kendilerini istemedikleri halde cinsel birleşmeye zorladıklarını belirlemişlerdir (Polat 2005).

Bursa il merkezinde, 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların %59'unun aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddeti uygulayanların başında eşin geldiği ve bunu anne ve babanın izlediği, şiddete maruz kalanların %14.5'ine fiziksel, %33.6'sına duygusal, %45.5'ine de hem fiziksel hem de duygusal şiddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır. Aynı araştırmada, eşlerin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle birlikte şiddet uygulanmasının azaldığı ve erkeğin eğitim düzeyinin daha belirleyici olduğu, yani eğitim düzeyi yüksek olan erkeklerin daha az aile içi şiddet uyguladıkları, şiddet uygulanan kadınların %44'ünün bu uygulamayı kabullendikleri ve şiddet uygulanan kadınların, şiddetin gerekçesi olarak en çok işaret ettikleri nedenin maddi sıkıntı olduğu belirlenmiştir (Ünal ve Bilge 2004).

Tanrıverdi ve Şıpkın (2008), Çanakkale il merkezinde yaptığı çalışmada, kadınların %68'i eşi tarafından duygusal, %56.8'i cinsel, %47'si ekonomik ve %43.4'ü ise fiziksel şiddet olmak üzere %80.9'u şiddet türlerinden en az birine maruz kalmakta olduğunu bildirmiştir.

Güler ve arkadaşlarının (2005) Sivas Alibaba'da yaptıkları çalışmada, kadınların %40.7'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalan kadınlara % 91'inin eşi, %19.7'sinin ise eşinin yakınları tarafından şiddet uygulandığı belirlenmiştir.

Kurçer, Güneş ve Genç'in (1999), Malatya'da yaptıkları araştırmada, 240 kadından %55.2'si sözel şiddete, %17.8'i tekmeleme, tokat veya aletle hırpalamaya kadar değişen fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

1999-2003 yılları arasında KA-MER' in acil yardım hattını arayan kadınlardan %57'si fiziksel şiddete, %46.9'u cinsel şiddete, %14.6'sı enseste ve %8.6'sı tecavüze maruz kaldığı bildirilmiştir (Polat 2005). Türkiye'de 1993 yılında tecavüze uğrayan kadın sayısı 5860 dır. Gerçekte tecavüz vakaları bu rakamlardan çok daha yüksektir (Oskay ve Dikencik 2005).

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın 1990-1996 yılları arasında 1259 kadın arasında yürüttüğü araştırma, kadınların %88.2'sinin bir şiddet ortamında yaşadığını ve %68'inin kocaları tarafından dövüldüğünü gösterdi (Polat 2005).

Mor Çatı kadın Sığınağı Vakfı Dayanışma Merkezine 1992-1995 yılları arasında başvuran 550 kadınının %84'ünün aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Ünal ve Bilge 2005, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995).

Kadınlar, hukuki alanda birçok haklarını elde etmiş olmalarına rağmen, hala eşlerine itaat etmedikleri gerekçesiyle dayak yedikleri ve eşlerinin tecavüzüne uğradıkları görülmektedir. Türkiye'de erkeklerin %45'i, kadının kendisine itaat etmemesi halinde "dövme hakkı" bulunduğuna inanırken, %23'ü eşine tecavüz etmektedir. Son bir yılda karısını döven erkeklerin sayısı 1 milyonu aşarken, kadınların büyük çoğunluğu, yemek pişirme, temizlik yapma, çocuk bakma gibi görevleri üstlenmektedir. Bu işlerde sorumluluk yüklenen erkeklerin oranı %20'lerde kalmaktadır.

Şiddete ilişkin veriler ancak son 20-25 yıldır toplanabilmektedir. Fakat halen dünyada ve Türkiye'de şiddetin gerçek boyutları bilinmemektedir. Özellikle aile ilişkilerinin özel kabul edilmesi, şiddet deneyimlerinin gizlenmesi bu bilinmezlikte önemli faktörlerdir. Şiddetin tartışılmaya ve sorunsallaştırılmaya başlandığı ilk dönemlerde, sadece alt sosyoekonomik düzeye ait olan insanların ilişkilerinde görülen bir olgu olduğuna inanılıyordu. Öte yandan yapılan araştırmalar şiddetin her sosyoekonomik düzeyde görülebilen bir fenomen olduğunu ortaya koymaktadır (Polat 2005).

4.6. Kadına Yönelik Şiddetin Hukuksal Boyutu

Aile içinde şiddete maruz kalan kadınların korunması amacı ile 1998 yılında yürürlüğe giren ve 2007 yılında yeniden düzenlenen 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, önemli bir dönüm noktasıdır. Söz konusu Kanun ile aile içinde şiddete maruz kalan bireylerin korunmasına yönelik olarak Aile Mahkemesi hakimleri tarafından alınabilecek tedbirler düzenlenmiştir (Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Türk hukuk sisteminde kadına yönelik şiddete ilişkin yasal düzenlemeler ve sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin yasal sorumlulukları Türk Medeni Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü Yönetmeliği, belirtilmiştir. Bu kanun ve yönetmeliklerin konuya ilişkin maddeleri EK:8, EK:9, EK:10, EK: 12’de belirtilmiştir.

4.7.Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Kurum ve Kuruluşlar

4.7.1.Resmi kuruluşlar

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’ne (SHÇEK) bağlı olarak hizmet veren ve 2003 yılına kadar 8 olan konukevi sayısı, bu tarihten sonra hizmete açılan 18 kadın konukevi ile 26’ya, kapasite toplamı ise 170’den 573’e ulaşmıştır (BE@shcek.gov.tr. Erişim Tarihi: 14.01.2009). SHÇEK’e bağlı 26 kadın konukevi ile sivil toplum kuruluşu ve yerel yönetimlere bağlı 16 sığınma evi hizmet vermektedir. Şiddete uğrayan ya da uğrama riski taşıyan ve desteğe gereksinimi olan kadınlara ve çocuklara psikolojik, hukuki ve ekonomik alanda danışmanlık hizmetleri sunmak ve yararlanabilecekleri hizmet kuruluşları konusunda bilgilendirilerek, gereksinim duydukları hizmet türüne en kısa zamanda ulaşmalarını sağlamak amacıyla 183 Alo Kadın ve Çocuk Danışma Hattı hizmet vermektedir. Ayrıca, 20 ilde SHÇEK’e bağlı 38 adet “Aile Danışma Merkezleri”nde hizmet sunulmaktadır (Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Kadın konukevlerinde, kadınların durumlarının incelenmesi, psiko-sosyal, ekonomik ve hukuksal sorunların giderilmesine yönelik; şiddete uğrayan kadınlarda şiddet sonucu ortaya çıkan umutsuzluk, değersizlik, suçluluk, utanç ve korku gibi

duyguların aşılması, özgüven ve özsaygının yeniden yapılanması, yeni yaşam seçeneklerini sağlıklı bir biçimde belirleyebilmeleri yönünde psikolojik destek, danışmanlık, hukuksal rehberlik sunulması, kendilerine yeterli olabilecekleri bir iş, meslek edinmelerinde gerekli önlemlerin alınması, aile veya eşle bir araya gelmeyi tercih etmeleri durumunda ailenin şiddet içermeyen bir ortam haline gelmesi ve çocukların şiddetten uzak, sağlıklı bir ortamda yetişmesi için aile ilişkilerinin sağlıklı sürdürülmesinin sağlanması, izleme faaliyetlerinin sürdürülmesi gibi mesleki çalışmalar yapılmaktadır.

Konukevlerine başvurular illerdeki sosyal hizmet müdürlüklerine yapılmaktadır. Kadın konukevlerinde kalmak için sosyal hizmetler müdürlüğüne başvuran şiddete maruz kalmış kadınların şiddet durumunu Cumhuriyet Başsavcılığına yazılı ihbarla bildirmiş olmaları gerekmektedir (Tel 2002).

4.7.2.Yerel yönetimler

Belediyeler Kanunu'na dayanılarak, dövülen, muhtaç olan kadın ve genç kızlara kadın sığınma evleri açılmıştır. İlk sığınma evi 1990 yılında Bakırköy Belediyesi tarafından açılmıştır. Şişli Belediyesi Kadın Evi ise fiziksel, sözel, cinsel tacize maruz kalmış, terk edilen ya da evden atılan kadınlara çocuklarıyla beraber kalacak yer ve destek sağlamak amacı ile 1990 yılında açılmış ve yönetim değişikliği sonucu bir süre sonra kapatılmıştır (Bütün 2002).

Bornova Belediyesi Kadın Danışma Merkezi, 1990 yılında İzmir'de kurulmuştur. Danışma merkezine başvuran kadınlara psikolojik ve hukuksal danışmanlık, iş bulmaya rehberlik yapmak gibi konularda hizmet verilmektedir (Bütün 2002, Yıldız 2003).

Belediyeler Kanunu'nda yapılan değişiklikle 13.07.2005 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediyeler Kanunu ile Büyükşehir Belediyeleri ve nüfusu 50 bini geçen belediyelere kadın ve çocuklar için koruma evleri açma yükümlülüğü getirilmiştir (Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

4.7.3.Gönüllü Kuruluşlar

Şiddet mağduru kadınlara yönelik çeşitli hizmetler, 1990'lı yıllardan itibaren Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, Kadın Dayanışma Vakfı, Kadınlarla Dayanışma Vakfı, Kadın Merkezi Vakfı, Adana Kadın Danışma Merkezi ve Sığınma Evi, Van Kadın Derneği, Kırkörük Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kooperatifi gibi sivil toplum kuruluşlarınca yürütülmektedir. Bu kuruluşlar tarafından danışma merkezlerinde, hukuki ve psikolojik destek ile sığınma evlerinde barınma olanağı sağlanmakta, aile içi şiddet konusunda kamuoyunu bilgilendirilmesi için kampanyalar, hizmet sunucularına yönelik eğitim ve mevzuatın kadınlar lehine güçlendirilmesi yönünde çalışmalar sürdürülmektedir (Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007).

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 1990 yılında kadınlar tarafından kurulmuştur. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfına bağlı, İstanbul'da Kadın Danışma Merkezi ve 1995 yılında Kadın Sığınağı açılmıştır. Danışma merkezine başvuran kadınlara psikolojik danışmanlık, hukuksal danışmanlık, iş bulmaya rehberlik beceri ve meslek eğitimi gibi konularda da destek verilerek barınma istemleri karşılanmaktadır. Söz konusu vakfa 1993 yılında T.C. Hükümeti Kadın, Aile ve Sosyal Hizmetlerden Sorumlu Devlet Bakanlığı fonlarından maddi destek verilmiştir (Bütün 2002, Yıldız 2003).

Kadın Dayanışma Vakfı, 1990 yılında kurulmuş ve 1991 yılında Türkiye'de ilk kez bir yerel yönetim projeyi yaşama geçirmiş, altında Kadın Danışma Merkezi'ni açmıştır. Bu merkeze başvuran kadınlara psikolojik ve hukuksal danışmanlık hizmeti verilmektedir. Kadın Dayanışma Vakfı 1993 yılında Türkiye'nin ilk bağımsız kadın sığınma evini açmıştır. Özellikle aile içinde şiddete uğramış kadınların, kendi kendilerine yeterli olmaları ve kendi kararlarını kendilerinin vermesi konusunda destek vermeyi amaçlamaktadır (Yıldız 2003).

4.8.Kadına Yönelik Şiddeti Tanılama

4.8.1.Tanılanmanın Önemi

Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet kullanımı,

toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanıp algılanmaması da oldukça güç olmaktadır. Birçok toplumda kadına şiddet uygulanması kabul edilir bir davranış olarak algılanmakta ve evliliğin sıradan bir özelliği olarak görülmektedir. Şiddete uğrayan kadınlar için güvenilir, ciddi destek sistemlerinin olmaması ve aile içi şiddete yönelik yasal düzenlemelerde yetersizliklerin olması şiddetin artmasına katkıda bulunmaktadır (Güler ve ark.2005).

Kadına yönelik şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmekte ancak şiddet yaşantısı doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddet evde gizli tutulduğu için şiddet yaşayan birey genellikle şiddet sonucu oluşan travmalar ve diğer sağlık sorunları ile hastaneye başvurmaktadır. Şiddete uğrayan kadınların yaklaşık %80'i en az bir kez yardım almak için sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Hastanelerin acil servislerinde tedavi için bulunan kadınlar arasında eş ya da partneri tarafından şiddete uğramış kadınlar yaygın olarak bulunmaktadır. Fakat şiddet çoğu kez sağlık çalışanları tarafından tanımlanmamaktadır. Acil servise gelen kadınların %22-35'ini ev içi şiddet sonucu yaralanmış kadınlar oluşturmaktadır (Tel 2002, Krasnoff and Moscati 2002, Akkurt ve ark.2008). Othman ve ark.(2008) çalışmalarına göre; katılımcıların büyük bir oranının (%62.3 hekimler, %65.9 hemşireler) ev içi şiddete maruz kalan hastaların kliniğe tedavi amacıyla hiç gelmediğini veya çok az geldiğini tespit etmiştir. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun (1995) yaptığı çalışmada; kadınlar şiddetten kaynaklanan nedenlerle %12.4 oranında hastaneye başvurdıklarını, %87.6 oranında ise şiddetten kaynaklanan bir nedenle hastaneye başvurmadıklarını bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanları sıklıkla şiddete uğrayan kadınlarla karşılaşmaktadırlar ancak daha önce aktarılan nedenlerle tanı koyamamakta ya da tanısı kayıtlara geçmemektedir. Şiddetin kanıtlanması engellenmektedir. Özellikle aile içi şiddet olgularının defalarca hekime başvurduğu, önemsiz görünen bazı bulgulara dayanılarak tedavilerinin yapıldığı ancak tekrar değerlendirilmelerinde durumun ortaya konulabildiği artık günümüzde açıkça bilinen bir gerçektir (Salaçin 2003). Krasnoff ve ark. (1997-1999) yılları arasında 30 ay boyunca acil servislerde yaptığı 18-65 yaş arasındaki toplam 31.847 kadının 6939 (%22)'unda aile içi kadına yönelik şiddet gözlenmiştir. Acil servise başvuran 528 kadının son yıl içinde fiziksel istismar

yaşadığı bildirilmiştir. Bu kadınların çoğunluğu yaralanmaları için tedavi görürlerken, şiddete maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır (Krasnoff and Moscati 2002).

Şiddete maruz kalma sonucunda; fiziksel yaralanmalar, hematomlar, diş kırıkları, burun dudak yaralanmaları, beden travmaları, kronik ağrılar, geçici ve kalıcı sakatlıklar, pelvik enflamatuvar hastalıklar, farklı jinekolojik problemler, güvenli olmayan cinsellik, düşükler, düşük ağırlıklı bebek doğumları, anne ölümleri, bilinç kaybı, ilaç ve alkol kullanımı, intihar ve intihar girişimleri, depresyon ortaya çıkabilir. Kadınlardaki alkolizmin %40'ının nedeni süregelen şiddettir. Kadın psikiyatri hastalarının %30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır. Kadınlardaki intihar girişimlerinin %50'sinde dayak olayı bulunmaktadır (Atman 2003, Dişsiz ve Şahin 2008).

Sıklıkla aile içi kadına yönelik şiddet fiziksel, cinsel ve duygusal şiddetin kombinasyonu şeklindedir ve silahlarla yapılan ciddi saldırılar ve hatta ölümle sonuçlanabilen, giderek yoğunlaşan bir siklus şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bulgular ve belirtiler, gözle görülebilen yaralanmalar olabileceği gibi, hemen göze çarpmayan, sıklıkla stres ile ilişkili kronik şikayetlerde olabilmektedir. Aile içi şiddetin farkında olmak ve rutin tarama soruları sormak, tanı koymayı ve hastayı daha şiddetli yaralanmalardan korumayı kolaylaştırabilmektedir (Batuk 2002).

4.8.2. Fiziksel bulgular ve muayene

Aile içi şiddete maruz kalmış kadınlarda, maruz kalmamışlara oranla baş, yüz, burun, dudak, boyun, göğüs ve karın bölgesindeki yaralanmalara daha sık rastlanmaktadır. Eklem yaralanmaları, görme ve işitme bozuklukları, gözde morluklar, ısırıklar, kulak zarı perforasyonu, diş kırıkları, hematoma, kesik ve sıyrıklar, ciddi çürük ve ezikler, enflamasyonlar, delici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, çene, köprücük kemiği, kollar ve bacaklarda kırık ve çıkıklar, sigara, asit, sıcak su yanıkları, abortus olguları, incinmeler görülebilmekte, şiddet ölümü de sonuçlanabilmektedir. Fizik bulguların varlığında, düzenlenen adli raporda bu bulguların yer alması ve şiddetin belgelenmesi mümkün olabilmektedir (Batuk 2002, Tel 2002, Atman 2003, Polat 2005). Fiziksel yaralanmaların yanı sıra, şiddete maruz

kalan kadınlarda irritabl bağırsak sendromu, kronik pelvik ağrılar ve jinekolojik problemlerin arttığı bilinmektedir (Duxbury 2006).

Ekimozlar:

Travma sonucu dokular arasına kanama olması sonucu oluşan ekimozlar, fiziksel şiddetin vücut üzerindeki en önemli bulgularıdır. Ekimozlar travmanın belirlenmesindeki en önemli bulgu olduğu için adli olay araştırmalarında mutlaka ekimozun yeri, boyutları, rengi ve diğer özellikleri tanımlanmalıdır. Ekimozlar zamana göre renk değişimi gösterdiğinden şiddetin uygulanma zamanı hakkında bilgi verebilir. Kapiller kan, koyu kırmızı renktedir. Oksijenin kaybolması ile renkte koyulaşma meydana gelir ve kahverengimsi bir renge dönüşür. Vücut enzimlerinin etkisiyle değişiklikler oluşur, hemoglobin safra pigmentlerine dönüşür, yeşil renk ortaya çıkar. Bu değişimlerden dolayı başlangıçta kırmızı renk olan ekimozlar yaklaşık 3-5 günde oksijenin azalması ile mor-kahve renge dönüşür. 7-12 gün arasında hemoglobinin safra pigmentleriyle birleşmesi sonucu yeşil renge dönüşür ve 12-18 günde sarı renge dönerek kaybolur. Bu renkler ile yaklaşık olarak zaman hakkında fikir edinmek mümkündür. Ayrıca iki farklı lezyonun oluş zamanlarının farklı olup olmadığı hakkında da bilgi alınabilir.

Travmayı meydana getiren aletin şekline uygun ekimoz olduğu zaman şekilli ekimoz, herhangi bir şekilde oluşmaz ise şekilsiz ekimoz adı verilir. Ekimozlar derinin gergin olduğu, yumuşak dokunun az bulunduğu bölgelerde travma uygulandığı zaman ekimoz bu bölgede değil yakındaki daha gevşek bölgede oluşacaktır. Bunlara göçmen ekimoz veya gezici ekimoz adı verilir. Buna en iyi örnek kafada alın hizasında bir travma sonucu oluşan ekimozun burada değil, göz altı bölgesinde gözlük şeklinde oluşmasıdır. Travmanın olduğu yerde oluşan ekimozlar, sabit ekimoz ismini alır. Bazı olgularda ise travmanın uygulandığı bölgede ekimoz görülmez. Travmanın yarattığı ekimoz derin dokuda oluşur. Bu ekimozlara derin ekimoz ismi verilir. Özellikle yağ dokusunun yoğun olduğu yerlerde görülür (Polat 2005). Dövülen kadınlar sıklıkla tekmelenir ya da saldırgan tarafından ayakları ile çığnenir. Tekmeleme yaraları en çok arkada, kalçada ve baldırda görülür. Bir kadının fibula (incik) kemiğindeki tekme yarası en çok savunma durumundaki yarayla tutarlıdır. Dövme esnasında kadın yüzünü, göğsünü ve karnını korumak için çene pozisyonunda yerde kıvrılıp yatacaktır (Sheridan 2001).

Abrazyon (Sıyrık):

Şiddet gören kadın sıklıkla yerde uzun süre sürüklenir. Ve zeminin yüzeyi kadının vücudunda oluşan sıyrığın (abrazyon) belirlenmesine yardım eder. Kadın ayaklarında tutularak sırtüstü halılı bir yüzeyde sürükleniyorsa, genellikle dirseklerinde ve sırtının alt kısımlarında; yüzüstü sürükleniyorsa, ön göğüste, göğüslerinde, karında ve dizlerde “halı yanığına” sebep olabilir. Aynı şekilde kaldırım (beton veya asfalt) gibi sert zeminlerde sürüklenmek sonucunda da benzer yerlerde ve daha ağır abrazyonlar ile karşımıza çıkmaktadır. Bu abrazyon yaralarında sıklıkla çamur, güruflar, çim, çakıl gibi yabancı maddelerde bulunmaktadır.

Boğazlanma saldırıları sırasında, saldırgan, kadının, boğazında tırnak izlerine sebep olur. Ya da boğazlanırken, şiddete uğramış kadın saldırganın ellerini boğazından almayı deneyebilir ve böyle yaparken de kendi kendini tırmalayabilir. Saldırganın yüzünde, boynunda ve kollarında kadının kendini savunurken yaptığı tırnak izleri olabilir. Kalın bir halatla ya da iple boğulma boyun etrafında daha çok dairesel şekilde abrazyonlara sebep olabilir.

Çürük (Kontüzyon):

Çürük ya da kontüzyon olarak adlandırılan bu yaralar, şişkinlik, acı, hassasiyet ve renk değişimi şeklinde olur. Saldırgan, genellikle kadının kollarına, özellikle sol kola yumruk atar. Çoğu insan sağ elini kullandığından; yüz yüze bir tartışma sırasında, saldırgan sağ elinden bir yumruk fırlatır. Sağ elini kullanmaya yatkın kurban yumruktan kurtulmak için sol tarafına dönecektir ve sol tarafı yumruğa maruz kalır. Eğer saldırgan tam bir yumruk indirirse yara genellikle kurbanın üst kolunun yanında iyi görünür. Eğer yumruğu engellemek için kolunu kaldırırsa kaldırdığı kolunun ulna bölgesinde yaralanacaktır. Saldırganın kolu ile vurması halinde ulna kemik kontüzyonları ve kırıkları olabilmektedir.

Şekilli Yaralar:

Bilinmeyen bir objenin, belli bir mekanizmanın sebep olduğu yaralardır. Bu yaraların özelliği olayın nasıl olduğunu ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Şekilli bir nesnenin vurulması, veya ısırılma sırasında ortaya çıkan lezyonlardır. Sıklıkla sopa ve benzeri cisim travmalarında da ray şeklinde ekimozlar oluşur.

Avülsiyon:

Bir parçadan ya da bir yapıdan kopmadır. Kısmi avülsiyonlar daha yaygındır ve kemikli yüzeylerde keskin olmayan güç travmalarında oluşur. Kadının yüzüne yumruk atmak, burnunda, dudağında, yanak ve alnında kısmi yada tamamen avülsiyonlara sebep olabilir. Sivri uçlu sert bir objeyle vurulması vücudunun her yerinde dokuların kopmasına neden olabilir.

Laserasyonlar:

Laserasyonlar kesik yada insizyon gibi keskin yaralar değildir. Ne yazık ki bir çok sağlık çalışanı derideki herhangi bir çatlağı laserasyon sebebi olarak adlandırabilir. Laserasyonlar bir çok yönden kesici alet yaralarından ayrılabilir. Yara bir tarafa açıldığı zaman laserasyonlar düz bir kenara ve çeşitli derinliğe sahip olmaz. Sıklıkla derideki çatlak bölgelerini kapsayan kanamalar tarafından eşlik edilir.

Kesikler / İnsizyonlar:

Kesikler ve insizyonlar çok düz olan derideki açıkları gösterir. Keskin aletlerle oluşur, doku boyunca kenarları düz ve derinliği daha tutarlıdır.

Peteşi:

Bir boğazlanma yarası ile kadında küçük, yükseltisi olmayan, kusursuzca düz, morumsu – kırmızı noktalar olan peteşiler oluşur.

Travmatik Alopesi:

Şiddet görmüş kadınlar, saldırganlarının genellikle kendilerini ittiklerini ya da onları saçlarından sürüklediklerini bildirirler. Sadece şiddetin bu şekli keskin bir şekilde acılı değil, aynı zamanda travmatik alopesiye sebep olabilir.

Tokat Yaraları:

Kadının kulaklarına doğru tokat ya da yumruk atmak, kadının kulak zarını patlatabilir. Vücudun düz bölgelerindeki, sırt, yüz, kalça, ya da omuzlardaki tokat yaraları ilk olarak elin modelini, eritemik ana hattını oluşturur. 24 saat içinde tokat yaraları paralel olarak iki ile dört çizgisel çürük gösterebilir (Sheridan 2001).

Kırıklar ve Çıkıklar:

El bileği ve önkol kemiklerinde kırık-çıkıklar gibi savunma yaraları sık olabilmektedir. Bu savunma yaraları, göğüs ve yüze yönelik darbelerden korunmak için yapılan hareketler sonucu oluşmaktadır. Çene ve köprücük kemiği kırık-çıkıkları da kadına uygulanan şiddette sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hartzell ve ark.; kadın

hastaların 1/3'ünde saptanan orbita fraktürlerinin aile içi fiziksel şiddet veya cinsel saldırıya bağlı olduğu tespit edilmişken, erkeklerde bu nedenle gelişen orbita fraktürüne rastlanmadığını bildirmişlerdir (Sheridan 2001, Polat 2005).

Ateşli Silah Yaralanmaları:

Ateşli silah yaraları olan şiddet gören kadınlar genellikle acil bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu durumda kanıt toplama ve koruma, hayat kurtarma çabalarından sonra ikinci planda olabilir ancak, travma ya da resüsitasyon ekibinin bir üyesinin kanıt toplama ve koruma görevini üstlenmesi çok önemlidir. Bütün kesilen ya da çıkarılan kıyafetler ayrı kağıt torbalara konulmalı, mühürlenmeli, etiketlenmeli ve kilitli havalandırılmış bir dolapta saklanılmalıdır. Delil olan herhangi bir madde (çim, cam, toprak...gibi) saklanmalı ve doğru bir şekilde etiketlenmelidir. Bütün kurşunlar ve kurşun parçaları beze sarılmalı ayrı ayrı temiz ve kuru plastik kapta saklanılmalıdır. Sağlık çalışanları “hangi kurşun deliğinin giriş hangisinin çıkış olduğunu” belirlerken dikkatli davranmalıdır. Ayrıca atış artıklarına bakılarak atış mesafesinde değerlendirebileceği için lezyonlar iyi tarif edilmelidir.

Isırık İzleri

Şiddet gören kadınlar sıklıkla ısırılmaya maruz kalırlar. Özellikle cinsel bölgelerde görülen ısırıklar sık görülmektedir. Vale ve Noguchi'nin çalışmalarında, kadınların en çok göğüslerinden, sırtlarından, kol ve bacaklarından ısırıldıklarını bildirmişlerdir (Sheridan 2001).

Cinsel Saldırı Yaralanmaları ve Muayenesi :

Şiddet ve cinsel istismar; kadının sağlığını riske sokmakta, enfeksiyon ve istenmeyen gebelik ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Oluşabilecek gebeliği takiben kronik pelvik ağrı, yapışıklıklar, endometriosis ve enfeksiyonlar oluşabilmektedir. Cinsel saldırı ile diğer jinekolojik problemler, düzensiz vaginal kanamalar, vajinal akıntı, ağrılı menstrasyon, pelvik inflamatuvar hastalık ve cinsel fonksiyon bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (Polat 2005).

Sheridon ve Campbell'e göre, eş ya da partnerin kadına uyguladığı cinsel istismar, şiddet olaylarının hemen hemen hepsinde olmakta, özellikle de kadın şiddet dolu ilişkisini terk ettikten sonra zorla cinsel ilişkiye maruz kalmaktadır. Bu nedenle, şiddet görmüş her kadının adli cinsel saldırı muayenesi için değerlendirilmesi

gerekmektedir. Eğer bildirilen saldırı son 72 saat içinde oluştuysa, bu durumda mağdura bir cinsel saldırı muayenesi mutlaka düşünülmelidir (Sheridan 2001).

Cinsel saldırıya uğrayan kadını değerlendiren sağlık ekibinin fiziksel ve ruhsal hasarları belirleyip önlemek, jinekolojik anamnez almak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek ve tedavisini yapmak, gebeliği önlemek, olayın doğru kaydını tutmak, delil toplanması için uygun girişimleri yapmak, dokümantasyonunu, transferini titizlikle yapmak, bunları resmi kurumlara bildirmek gibi hem hukuki hem de tıbbi sorumlulukları vardır (Oskay ve Dikencik 2005).

Cinsel saldırılarda giysilerin de değerlendirilmesi büyük önem arz eder. Giysiler üzerindeki boğuşma izi yanısıra biyolojik deliller olayın çözülmesinde büyük önem arz eder.

Cinsel şiddete maruz kalmış kadının muayenesi iki adımda gerçekleşir. Vücut bölgeleri; boyun, kollar, göğüs, bacak iç kısımları çok dikkatli olmak üzere muayenesi yapılarak var olan şiddet bulguları saptanmaya çalışılır. Burada özellikle ekimoz bulguları değerlendirilmelidir (Polat 2005).

İkinci aşama; cinsel organların muayenesidir.

Vulvanın muayenesi: vulva, pubis karnın yan kısımları, baldır ve perineumda herhangi bir madde izi yada toprak parçası olup olmadığı araştırılmalıdır. Deride özellikle pubik kıllar, herhangi bir yabancı madde veya kıl olup olmadığının da incelenmesi önemlidir. Boğuşmaya bağlı yaralanmalar, tırnak izleri, sıyrıklar, ekimozlar, laserasyonlar, genital bölgede yaralanmalar görülür.

Himen muayenesi: himeni normal bir muayenede kolaylıkla görmek mümkün değildir. Muayene yaparken mağdurun uyumlu davranışı ile bu muayeneyi yapmak daha kolaydır. Himen ilk yırtılma sırasında genellikle orta çizgiden arkaya doğru yırtılır. İnce, kırmızı renkte vagina duvarına doğru çekilme gösteren kanamalı görünüm ortaya çıkar ki buna himen (kızlık zarı) halkası denmektedir. Burada değmekle hemen kanamanın olduğu küçük hemolitik (kanamalı) nodüller oluşur. Kenarların 7-10 günde iyileştikleri ve caruncula myrtiformes hymenales adı verilen küçük oluşumların olduğu gözükmetedir. Himen hiçbir zaman eski haline dönmez, sürekli cinsel ilişki ve doğumlardan sonra bu oluşumların kaybolduğu görülmektedir.

Vajina muayenesi: himen intakt ise yani yırtılmamışsa vagina muayenesi çok dikkatli yapılmalıdır. Vaginadan materyal himenin normal açıklığında elde edilebilir.

Muayene sırasında himende herhangi bir yaralanmanın oluşturulmamasına dikkat edilmelidir. Yaralar çok hafif bir iritasyondan, hiperemiye ve derin geniş yaralanmalar kadar farklılıklar gösterebilir. Hasar yoksa da mutlaka belirtilmesi gerekir. Vajinada kanama menstruel nitelikte olabilir. Uterustan ayrı olarak dış servikal boşluğa çıkabilir ya da himen veya vajinadaki laserasyona bağlı veya her iki kaynaklı da olabilir. Biyolojik deliller varlığının da araştırılması gerekir. Uterus ve adnekslerde iki taraflı muayene edilmelidir.

Fizik muayene bitikten sonra diğer tetkiklerin de yapılabileceği unutulmamalıdır. Özellikle alkollü olup olmadığının araştırılması ya da saldırganın tespitinde DNA analizi için biyolojik materyal alma işlemleri söz konusu olabilir.

Kan; eğer kişinin alkol ya da madde aldığından şüpheleniyorsa toksikolojik araştırma yapmak gerekir ve venöz kan alınmalıdır. Özellikle saldırgan, mağdur ve var olan lekelerdeki kanın araştırılması yapılacaksa, o zaman temiz, steril, cam tüplere iki ayrı örnek 2 ml olarak alınmalı. Örneklerin biri antikoagulan içermeli, antikoagulan diğerinde olmamalıdır.

Saç; mağdurun olmadığı düşünülen saç örnekleri temiz, kuru cam ya da plastik kavanozlara konulmalıdır. Ayrıca mağdurun saç örnekleri de ayrıca toplanmalıdır.

Tırnak içi materyal; temiz bir kağıdın üzerine toplanarak zarf içine konulmalıdır (Polat 2005).

4.8.3. Ruhsal bulgular

Şiddete uğrayan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularında şiddeti dile getirmemeleri, başvuru yakınmalarında yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, nefes darlığı ve pelvik ağrı gibi somatizasyon belirtilerinin olması, bu belirtilerin genellikle şiddetle ilişkilendirilmemesi şiddetin gözden kaçmasına ve sessiz kalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastane başvurularında şiddet tanımlanmasa, şiddetin fiziksel bulguları saptanmasa bile somatik yakınmaların dikkate alınması, bu bireylere psikiyatrik konsültasyon istenmesi şiddet yaşantısının ortaya çıkmasına, belgelenmesine, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gerçekleşmesine katkı vermesi açısından önemlidir.

Şiddet kadında; post travmatik stres bozukluğu, bedeni üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, madde kötüye kullanımı, para harcama, kumar gibi tekrarlı veya dürtüsel davranışlar, somatik yakınmalar, depresyon, intihar düşünceleri gibi etkilere yol açmaktadır (Tel 2002).

Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda postravmatik stres bozuklukları (1/3) depresyon, intihar girişimleri, endişe en sık bildirilen psikolojik problemler arasındadır (Zachary, Schechter, Kaplan and Mulvihill 2002, Lazenbatt, Cree and McMurray 2005, Duxbury 2006). Taft ve ark. (2008) özellikle eşi tarafından uygulanan şiddetin kadını depresyona sürüklediğini ve depresyonla daha önce maruz kalınan şiddet arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Avustralya'da kadınların aile içi şiddete uğrama ve depresyona girme oranının; hamileliğin sonlandırılmasıyla bağlantılı olup olmadığı konusunda yaptıkları çalışmada, şiddete uğramayan kadınlar arasında depresyona girme oranı %25 olarak bildirilmiştir. Eşi tarafından şiddete uğrayan kadınların oranı 1996'da %43 iken, 2000'de %45 olarak bildirilmiştir. Depresyona girmiş olan kadınların % 29'u hiç doğum yapmazken, %33'ü tek doğum, %37'si ise birden çok sayıda doğum yaptıklarını bildirmişlerdir.

Şiddet sonrasında kadında oluşan suçluluk, kendisinden öç alınacağı korkusu, ayrılma anksiyetesinin alevlenmesi ve narsisistik bütünlüğe tehdit, yetişkinlikte yaşanan şiddete verilen yanıtın psikolojik belirleyicilerinden bazılarıdır ve örselenmeye daha sonra verilen yanıtlara katkıda bulunurlar. Örselenmeden sonra sıklıkla görülen suçluluk duygusu, beklenmedik bilinçdışı saldırgan dürtülerin ortaya çıkması ile bağlantılı olabilir. Bu saldırgan dürtülerin harekete geçmesi ile özgüvende azalma arasında bir bağlantı olabilir. Çünkü bu dürtüler, üstbenlik beklentilerinin çiğnenmesine yol açmaktadır (Ünal 2005).

Travma sonrası stres bozukluğunun bir alt grubu olarak tanımlanan hırpalanmış kadın sendromu; erken dönemde şok, reddetme, içe kapanma, konfüzyon, küntleşme, korku ve depresyon bulguları, geç dönemde ise korku, kaygı, yorgunluk, uykusuzluk, yeme bozuklukları, kayıp, ihanet ve umutsuzluk duygusu ile ortaya çıkmaktadır.

Bazı olgularda hasta yaşadığı fiziksel travma ve acı kadar hatta ondan daha fazla olarak duygusal örselenmeye ve travmaya maruz kalmaktadır. Kendini

kirlenmiş hissetmekte, toplumun onu damgalayacağı ve dışlayacağı endişesini taşımaktadır.

Kronik anksiyete, incinebilirlik duyguları, kontrol kaybı ve kendini suçlama şeklinde tepkiler gösterebilir. Uzun süreli tepkiler arasında anksiyete, kabus görmeler, yabancılaşma, yalnızlık duyguları, cinsel fonksiyon bozuklukları ve fiziksel yakınmalar bulunabilmektedir. Güvensizlik fobileri, depresyon, düşmanlık duyguları ve somatik belirtiler bulunabilmektedir. Saldırı sonrası etkiler posttravmatik stres bozukluğu meydana getirebilmektedir.

Özellikle cinsel istismarın söz konusu olduğu durumlarda şiddete maruz kalan kadının şiddet sonucu gelişen duygusal tepkisi olarak kadın kendisini “çok kötü”, “mutsuz”, “yıkılmış”, “aşırı yıpranmış”, “duygusal olarak boşlukta” hissetmektedir. Eşe karşı hiçbir duygusal bağ hissetmemektedir. Eşe karşı hissedilen yoğun nefret ve korku ile buna eşlik eden çaresizlik duygusu kadının şiddetli duygusal travmalar yaşamasına yol açmaktadır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995).

4.9.Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarına Yaklaşım

4.9.1. Adli tıbbi yaklaşım

İlk olarak, sağlık hizmeti verenler kadınlara yaşadıkları şiddet hakkında nasıl soru soracaklarını öğrenmelidir. Kadınlarla empati kurabilir ve onlara destek sağlayabilirler. Tıbbi tedavi sağlayabilir, psikolojik danışmanlık yapabilir, yaralanmaları belgelerle tespit edebilir ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirebilirler. Aile planlama ve diğer üreme sağlık hizmeti sağlayanlar özellikle yükümlülük altındadırlar; çünkü istismar, kadının üreme ve cinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Polat 2005).

Şiddet mağduru ile görüşürken; bireyle güvende hissettiği uygun ve güvenilir bir ortamda yüz-yüze görüşme yapılmalıdır (Tel 2002, Salaçin 2003). Şiddet gören kadına yaklaşımda en önemli unsur; kadının şiddet uygulayıcıdan uzaklaştırılmasıdır (Ünal 2005). Kadının mahremiyeti korunmalıdır. Eğer muayene odasında kadınla birlikte kocası, erkek arkadaşı, üç yaşından büyük herhangi bir çocuk, eşinin annesi, kadının annesi ya da daha sonra saldırgan tarafından sorguya çekilebilecek başka biri

var ise, sağlık personeli şiddetin detaylarını asla ortaya ıkaramayacaktır. Daha fazla olabilecek şiddet ve utanç duygusu korkusundan kadın diğerlerinin önünde şiddet geçmişini paylaşmayacaktır. Bu nedenle kadınla yalnız görüşülebilecek ve hastanın yalnız muayene edilebileceği bir ortamın sağlanması gerekmektedir (Sheridan 2001). Empati yaparak sorunun birey için ne anlama geldiği kavranmalıdır. Kadın konuşmak istemiyorsa, hazır olduğunda konuşabileceği söylenmelidir. şiddet deneyimleri hakkında rutin sorular sorarak şiddet öyküsü alınmalıdır (Tel 2002). Öykü ile yaraların ya da ruhsal durumun uyumu karşılaştırılmalıdır. Gecikmiş başvurular özenle değerlendirilip, yaraların türleri ayırt edilmelidir. Kadın gebelik yönünden de incelenmeli, daha az belirgin, önemsiz gibi görünen yaralar vücut şemalarında belirtilmelidir. Gerekli konsültasyonlar istenmeli, değerlendirmenin disiplinler arası işbirliği ile gerçekleşebileceği unutulmamalıdır (Salaçin 2003). Kadına sahip olduğu tıbbi ve yasal hakları söylenmelidir. Kadın hakkındaki bilgi ve kayıtların gizliliği ve güvenirliliği sağlanmalıdır. şiddetin tüm ayrıntılarını ve verilen bakımı anlatan bir kayıt tutulmalıdır (Tel 2002).

4.9.2. Sağlık personeli tarafından yaklaşım

Sağlık alışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır (Tel 2002, Tanrıverdi ve şıpkın 2008). Sağlık alışanlarının şiddeti sorması, tanınması, kaydetmesi ve nasıl yönlendireceğini bilmesi önemlidir. Aile içi şiddet olgularını saptamak için istismar hakkında soru sormalı, stratejik tarama yapmalı yaşadığı yerde bulunan kaynakları öğrenip hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmalıdır. Düzenli olarak görülen hastalarda, aile içi şiddet hakkında sorular yönetilmesi için bir hatırlatma sistemi geliştirmek önemli bir yaklaşımdır (Biriken 2008, Üzel, Yazıcı, Avşaroğlu ve Özden 2008).

Sağlık personeli şiddet mağdurları ile evde ya da hastanenin acil servisinde karşılaşır. şiddet mağduru bireyler sorunla baş etmede yetersiz olduklarını düşünürler ve bu durumu paylaşmak isterler. Ancak suçluluk hissetme, utanma, özöme ilişkin ümitsizlik, yardım alacağı bireye güvenmeme gibi duygular yaşamaları onların sorunu paylaşmalarını engelleyebilmektedir. Bu nedenle şiddet mağdurları şiddet yaşantılarını paylaşmayı ertelemekte ve ancak şiddet sonrası ortaya çıkan sağlık

sorunları nedeniyle hastanelerin acil servisine gelmektedirler. Hastaneye gelen kadınlar yaşadıkları sorunun şiddet sonucu ortaya çıktığını doğrudan belirtmediklerinden, durum şiddet olarak değerlendirilmemektedir. Hastane sağlık çalışanlarının özellikle acil servisindeki sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti düşündüren durumları iyi bilmeleri ve saptamaları kadına yönelik şiddetin ele alınmasında büyük önem taşımaktadır (Tel 2002). Hasta, sağlık personeline göğsünde ezmeden kaynaklanan acı, nefes darlığı, terleme ve sol kolunu kapamada acı çektiğini söylerse, sağlık çalışanının şüphe ile yaklaşarak bu şikayetleri değerlendirmesi gerekmektedir (Sheridan 2001). Eğer yaralar hastanın açıklamalarıyla tutarsız görünür ise, yaralar ağır makyaj ya da elbiseler ile kapatılıyor ise, yara ile tıbbi tedavi arasında bir gecikme olduysa ve tedavi edilmemiş ya da eski yara izleri varsa şüpheli olarak sağlık çalışanının şiddet konusunda farkındalığı söz konusu olmalıdır (Lynch 2006).

Sağlık çalışanlarının şiddet kurbanı kadınlara çok yönlü yardım ve katkıları olabilir. Ancak, sağlık hizmeti verenler birçok olguda haberleri olmadığı, kayıtsız kaldığı için bu fırsatı kaçırmaktadırlar. Sağlık bakımı sistemlerinden alınacak eğitim ve destek ile bu uzmanlar istismara maruz kalmış kızların ve kadınların fiziksel, duygusal ve güvenlik ihtiyaçlarına cevap vermek için daha fazla şeyler yapabilirler (Polat 2005).

Dünya Sağlık Örgütü Şiddet davranışını önlemedeki yükümlülükleri şu şekilde sıralamıştır:1.İlk olarak şiddet davranışının yaşandığı ailelerde şiddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin tanımlanması gereklidir. 2. Şiddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmeli ve sosyal destek ortamı yaratılmalıdır. 3. Şiddet olgularında polis desteği, sosyal servis elemanlarının katılımı sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdukları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır (Ünal 2005) .

Birincil koruma: Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler öncelikle risk gruplarını belirlemeli, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir. Ev içindeki kadına yönelik şiddet için birincil koruma stratejileri; risk faktörlerini belirleme, bireyin yaşadığı gerginliği azaltma, sosyal desteği artırma (kimlerle paylaşabilir, kimlerden yardım alabilir), bireyin baş

etme becerilerini artırma, yaşam stresörleri ile daha iyi problem çözme, atılgan davranma), benlik saygısını artırma (insan olarak değerli olduğu duygusunu ortaya çıkarma) gibi girişimleri içermektedir. Bu stratejileri gerçekleştirmek için birinci basamak sağlık çalışanları önemli konumdadır. Özellikle halk sağlığı hemşiresinin holistik yaklaşımla, hem şiddet mağduru bireyi ve şiddete tanık olan bireyi güçlendirmesi hem de saldırgan eşin öfkesini ve öfke nedenlerini ele alması, öfkenin uygun yollarla ifade edilmesini sağlaması gerekir.

İkincil koruma: İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmayı amaçlar. Kadına yönelik ev içi şiddet için ikincil koruma stratejileri; şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey / bireyleri ve şiddet kullanan bireyi saptamak, şiddet yönünden bir bulgu saptadığında derhal müdahale etmek, şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını sağlamak, bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmaktır.

Sağlık çalışanı şiddetin fiziksel belirtileri yanında; fiziksel olarak nedeni belli olmayan kronik, belirsiz yakınmalar, nedeni tam olarak açıklanamayan yaralanmalar, aşırı kıskanç ve kadının yanından ayrılmasına izin vermeyen bir eşin olması, gebelik süresince fiziksel yaralanmalar, istenmeyen gebelik, işsizlik, iletişim sorunları, intihar düşüncesi, veya intihara girişim öyküsü, yaralanma sonrası tedavi almayı erteleme gibi durumlarda da dikkatli davranmalı ve şiddet olasılığını aklına getirmelidir.

Üçüncül koruma: Bireye ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon süreci kolaylaştırılır. Şiddet mağduru kadına grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir (Tel 2002).

4.9.2.1.Hemşirelik yaklaşımı

Hemşireler, sağlık personeli içinde şiddet döngüsünün tanımlanması ve buna müdahale etmede, kadınlara yardım edebilecek en önemli pozisyona sahip kişilerdir (Erdem ve Muslu 2008). Kadının şiddete bakış açısı yaşadığı toplumun kültürüne, mevcut yasal düzenlemelere, kadının eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyine göre değişmektedir. Hemşireler hem mesleki sorumlulukları hem de toplumun hizmet

üreten kadın kesiminin önemli bir oranını oluşturmaları nedeni ile kadına yönelik şiddete karşı duyarlı olmalıdırlar. Bu noktada hemşirelere düşen en önemli sorumluluk, kadınları şiddetten korunma ve şiddete maruz kaldığı zaman neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirmektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelleri arasında kadınlara daha yakın olan halk sağlığı hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Hemşireler kadınları şiddet türleri, şiddetin nedenleri ve sonuçları hakkında eğiterek ve olası çözüm yollarını öğreterek etkili olabilirler (Güler ve ark. 2005). Halk sağlığı hemşirelerinin ev ziyaretleri sırasında ailesel şiddetin varlığını belirleme, şiddetin önlenmesi ve kadının evde güvenliğinin sağlanması, en önemli görevlerindendir. Hemşireler, bütüncül bakım ve savunuculuk rollerine odaklandıklarında, şiddet döngüsünü tanımlayarak, duruma müdahale edebilir. Bu hemşirelik yaklaşımı sayesinde, kadının daha fazla zarar görmesi en aza indirilebilir, hatta önlenabilir (Erdem ve Muslu 2008).

Hemşireler şiddetin önlenmesinde ve gelecekteki yaralanmaların önüne geçilmesinde; şiddetin taramasını ve tanısını yaparak, kadınları eğiterek kadınların başvuracakları kaynakları öğretmek etkili olabilirler (Tanrıverdi ve Şıpkın 2008).

Kadına yönelik şiddete yaklaşımda sözü edilen genel ilkelerin yanında hemşire; öncelikle hastaya suçlu olmadığını, kimsenin dövülmeyi hak etmediğini vurgulaması gerekir. Kadının kullanabileceği kaynaklar olduğunu bildirmeli, uygun referanslar yapılmalıdır. Kadının güvenliği değerlendirilmeli ve korunmalıdır (Lynch 2006). Şiddet mağdurlarını koruyucu yasalar hakkında kadına kendi haklarını kullanarak güçlenmeleri konusunda yardım etmelidir (Tel 2002).

Hemşireler, kadına yönelik şiddetin kurbanlarını gözlemleyen, belirleyen ve tedavi eden diğer çalışanlarla, sosyal destek liderleri ile, yasal temsilciler ve kanun görevlileri ile işbirliği içinde olmalıdır (Carney and Kibbin 2003). Şiddet mağduru kadınlara toplumda kullanabilecekleri kaynaklar, sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları ile bilgili bilgi verilmelidir. 112 Hızır Acil ve kriz merkezleri, bulundukları illerdeki güvenli barınaklar gibi yardım alacağı yerlerin telefon numaraları verilebilir. Şiddete uğrayan kadın kendini güvende hissetmiyorsa kadın sığınma evleri veya kriz merkezlerine başvurabilir. Kadın sığınma evleri, şiddete uğrayan kadınların öncelikle can güvenliğinin sağlandığı mekanlardır. İlk kez 1972 yılında Londra’da kurulmuştur. Kadın sığınma evlerinde benzer yaşantıları olanlarla aynı evi paylaşmanın şiddet

mağduru kadınlara baş etme gücü verdiği kabul edilmektedir. Kadın sığınma evlerinin adresi gizli tutularak kadının saldırgan eşten korunması sağlanmakta, eş adresi tespit ederse kadın başka bir sığınağa götürülmektedir.

Şiddet yaşantısı bir kriz durumu olduğundan şiddet mağduru kadın ve saldırganı kriz danışmanlık merkezlerine ve sağlık bakımını sürdürmek için sağlık kurumuna yönlendirilmelidir. Kriz merkezleri şiddete uğrayan ve bulunduğu yerden tek başına ayrılamayacak kadınların telefonla ulaşabilecekleri hizmet birimleridir. Bu merkezlerde telefon eden kadınların durumların göre ya kendilerinin merkeze gitmeleri istenir yada ambulans gönderilerek kadın bulunduğu yerden alınır ve yapılması gereken acil işlemler yapılır.

Şiddet yaşayan kadınları destekleyen kadın grupları ve diğer resmi ve sivil kurumlarla iletişim kurulmalı ve sürdürmelidir.

Şiddete uğrayan kadın ve ailedeki bireyleri sorunla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaya cesaretlendirmelidir. Şiddet kullanımı ile ilgili sorunların sadece onlarda olmadığını vurgulayarak şiddetin getireceği zararları aileye açıklamalı, bireyleri bilgilendirmeli, seçenekler sunmalı, problemi çözmek için yardım seçeneklerine aile ile birlikte karar vermelidir.

Şiddet uygulayan birey hakkında kayıt tutulmalı ve onunla ilgili bilgi vermesi için toplumun, tanıkların katılımı sağlanmalıdır.

Kadına şiddeti uygulayan birey de ele alınmalıdır. Şiddete başvuran kişiler çoğunlukla problemin çözümüne ilişkin başka bir yol bilmeyen ve öfkelerini kontrol edemeyen kişilerdir. Bu kişilere kendini uygun şekilde ifade etmesi, öfkelerini sağlıklı kontrol edebilmeleri öğretilirse ve sorun çözme becerisi geliştirilirse bireylerin şiddete başvurmaktan vazgeçtikleri görülmektedir.

Hemşireler evde, hastanede, sahada, okullarda, iş yerinde kısacası toplumun tüm alanlarında bireylerle en yakın çalışan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşireler bireylerin öfkelerini tanımalarına, öfkeyi uygun yolla ifade etmelerine ve stresle etkin baş etme yollarını öğrenmelerine yardım ederek toplumda şiddetin azaltılmasında güçlü bir etki oluşturabilirler (Tel 2002).

Unutulmaması gereken en önemli husus ise kadın sanıktan şikayetçi olmasa dahi aile içi şiddetin TCK'nunda kamu davası kapsamında suç olduğu ve adli makamlara bildirim zorunluğu olduğudur.

4.9.4.Kadına yönelik şiddet davranışlarına yaklaşımdaki engeller

Sağlık çalışanları, kadınlara maruz kaldıkları şiddet olgusu hakkında çoğu zaman soru sormazlar; çünkü kendilerini kurbanın ihtiyaçlarına cevap vermede hazırlıksız görmektedirler (Üzel ve ark. 2008). Sağlık çalışanının aile içi şiddeti belirleme karşısında duran en büyük engellerden biri hastaları gücendirme/kızdırma korkusudur. Buna takip eden diğer duygu da, güçsüzlük veya bu konuda bir şey yapmaya yeterli olmadığıdır (Polat 2005).

Şiddete maruz kalan kadın, şiddet kullanımı sonrasında, sağlık personeline, eş ya da partnerleri tarafından kasıtlı olarak yaralandıklarını çoğu kez dile getirmezler. Kadının şiddet görmekten kaynaklanan utanç duygusu veya daha fazla şiddete maruz kalabileceği korkusu önemli gizleme nedenleri arasında sayılabilir (Krasnoff and Moscati 2002, Ünal 2005).

Utanç, aşağılanma, partnerden gelebilecek intikam korkusu, doktorun eşler arasına girdiğinin hissedilmesi gibi faktörler kötü davranılan kadının sağlık bakım merkezlerinden yardım almasını engelleyen faktörlerdir. Aksine zamanın yetersiz olması, yetersiz eğitim, nasıl cevap verileceğinin belirlenememesi ve doktorlardan ev içi şiddetle alakalı şikayet edici olmayan telkinlerin düşünülmesi temel problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin ve tecrübe sahibi kişilerin ailesel şiddetle ilgili kişisel değerleri ve inançları önemli bir rol üstlenmektedir. Sağlık çalışanları yetişme, kültür, dini inançlarına dayalı önyargılara sahiptir. Bu onların çeşitli sebepler, inanış ve tutumlardan dolayı, eşi tarafından istismar edilmiş kadınları belirlemede, tedavi etmede ve kadınlar için yönlendirme yapmada tereddüt yaşadıklarını, ev içi şiddet durumlarında hatalar yapabileceğini ve soru sorarken önyargılı niyetler içinde bulunacağını göstermektedir. Aile içi şiddetin özel bir durum olduğunu ve tıbbi bir tedavi gerektirmediğine inanan hekim ve hemşirelerin ev içi şiddetle alakalı soru sorarken hastayı incitme korkusu içinde oldukları bilinmektedir (Varvora and Gesmond 2008, Othman et al 2008). Doktorların aile içi şiddet konusunda soru sormamalarının diğer nedenleri; hizmet verdikleri hasta popülasyonunda aile içi şiddetin gerçekleşmediğine, şiddeti kadının proveke ettiğine veya hak ettiğine, evde yaşanan şeylerin, özel meseleler olduğuna inanılmaktadır (Polat 2005).

Lazenbatt ve ark. (2005) göre; sağlık çalışanlarının, hastaları arasında ev içi şiddet oranlarını gerçeğinden daha az oranda değerlendirdiğini bildirmiş ve bunun sebebini de aile içi şiddeti klinik bir mesele olmaktan çok psikososyal bir problem olarak değerlendirdiklerini belirtmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının müdahale etmede kendilerini yetersiz bulduklarını, deliller, bilgi ve eğitim eksikliğinden kaynaklandığını da belirtmişlerdir.

4.9.5.Psikolojik yaklaşım

şiddet yaşantısı özelde bireyin sağlığını, yaşama hakkını ve insan haklarını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, parasal kayıpların ötesinde toplumun üretken bireyinin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu nedenle şiddet, türü ne olursa olsun hoşgörü gösterilmemesi gereken sosyal bir suç ve bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Tel 2002).

şiddetin devam etmesi ile birlikte, aile içinde şiddete maruz kalan kadınlar, uygulanan şiddet karşısında çözümsüz kalmakta, şiddetten utanmakta, psikolojik ve fiziki olarak ağır bir şekilde yıpranarak, şiddetin izlerini yaşamları boyunca taşımaktadırlar. Aile içi fiziksel şiddete uğradığı için yasal yollara başvurmak isteyen bir kadın hiçbir psikolojik destek bulamadığı ve bilgi kaynaklarına ulaşamadığı için söz konusu başvuruyu gerçekleştirememektedir (nal 2005).

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşire, ebe ve hekimlerin, kadına yönelik şiddet ile bilgi, tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya il merkezinde bulunan dört devlet hastanesinde ve merkeze bağlı yirmi sağlık ocağında (EK 4: Devlet Hastaneleri ve Sağlık Ocakları Listesi) gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Sakarya İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra 05.05.2008 - 01.09.2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya ili merkezinde bulunan dört devlet hastanesinde ve merkeze bağlı yirmi sağlık ocağında çalışan hemşire, ebe ve hekimler oluşturmaktadır. Sakarya il merkezinde toplam 517 hemşire, 250 ebe ve 316 hekim olmak üzere 1083 kişi çalışmaktadır. Hemşirelerin 466'sı hastanelerde, 51'i sağlık ocaklarında; ebelerin 140'ı hastanelerde, 110'u sağlık ocaklarında; hekimlerin 255'i hastanelerde, 61'i de sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Araştırmaya alan da çalışan tüm sağlık çalışanları (hemşire, hekim, ebe) dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 342 hemşire, 95 ebe ve 123 hekim olmak üzere toplam 560 kişi oluşturmuştur. Evrenin toplamda %51.7'sine ulaşılmıştır. Meslekler arası dağılımda ise hemşirelerin %66.1'ine, ebelerin %38.0'ne ve hekimlerin %38.9'una ulaşılmıştır.

Araştırma planlanırken hekim ve hemşireler üzerinde düşünülmüştür. Ancak sahada ebelerin çoğunluğunun, hemşirelik hizmetlerinde görev yaptıkları dikkate alınınca, ebeler de çalışmaya dahil edilmiş, evrenin dışında tutulmamıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen katılımcıları tanımlayıcı özellikleri içeren 24 sorudan oluşan “ Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1); hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin Baysan ve Karadağlı tarafından 2003 yılında geliştirilen (2006 yayın tarihi), 31 sorudan oluşan “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu” (EK 2); hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda 10 sorudan oluşan “Tutum Soruları”ndan oluşan form (EK 3) kullanılmıştır.

5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), meslekteki çalışma yılları ve çalıştıkları kurumlarını, öğrenimleri süresince ve mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma ve alınan eğitimleri yeterli bulma durumlarını, çalışma süresince kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma ve karşılaştıklarında yetersiz kalma durumlarını, çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ve prosedürün varlığı ve yeterliliği, kadına yönelik şiddetle karşılaştıklarında bildirim yapma ve bildirim yapmayanların neden yapmadıklarına ilişkin görüşlerini, kadın sığınma evlerinin gerekliliği, bu kuruluşlara yönlendirme ve kuruluşların çalışmalarını takip etme durumlarını içeren 24 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1) kullanılmıştır.

5.4.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu

Baysan ve Karadağlı (2003) tarafından geliştirilen, “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu 33 maddeden oluşmaktadır. Baysan’ın önerisi ile, toplam ölçek üzerinde negatif yönde etkisi olan iki soru çıkarılarak 31 maddeden oluşan “Doğru” ve “Yanlış” şeklinde yanıtlanan ölçek formu kullanılmıştır (EK 2).

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek 2003 yılında, Baysan ve Karadağlı (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hemşire ve ebelerin (bireylerin) kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek madde havuzunda toplam 33 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 31 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçeğin Baysan ve Karadağlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.76 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, “*Fiziksel Belirtiler*” ve “*Duygusal Belirtiler*” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda 1., 2., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 25., 27., 28. maddeler “*Fiziksel Belirtiler*” alt boyutunu, 3., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24., 26., 29., 30., 31. maddeler ise “*Duygusal Belirtiler*” alt boyutunu oluşturmuştur.

Ölçek “doğru” ve “yanlış” şeklinde ikili olarak hazırlanmıştır. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, “yanlış” seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31. maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan , “yanlış” seçeneğine “1” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Ölçek alt boyutlarından Fiziksel Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan “18” en düşük puan “0” dır. Duygusal Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan ise “13”, en düşük puan “0” dır. Düşük puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ölçek uygulanmadan önce ve değerlendirilmesinde ölçeği geliştiren ve ilk uygulayan araştırmacı Leyla Baysan-Arabacı ile görüşülerek, bilgi alışverişinde bulunulmuştur.

“Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Formu” hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin geliştirilmiş olmasına karşın bu araştırmada hekimlere de uygulanmıştır. Gerekli literatür taraması yapılarak kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin hekimlerle ilgili mevcut ölçeğe rastlanamamıştır. Ve hekimlere de bu ölçeğin kullanılmasında bir sakınca görülmemiştir.

5.4.3. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Soruları

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda 10 sorudan oluşan Tutum Soruları (EK 3) yer almaktadır. Her madde için “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” sözcüklerinden oluşan 3 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek için kullanılan ölçekte olumlu tutumlarda (1, 2, 3, 4) “Katılıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılmıyorum” seçeneğine “0” puan, (5, 6, 7, 8, 9, 10) “Katılmıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılıyorum” seçeneğine “0” puan verilmiştir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan ve olumlu tutumda bulunan deneğin 20 tam puan alması beklenmiştir.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Sakarya ili merkezinde bulunan 4 devlet hastanesi ve merkeze bağlı 20 sağlık ocağında çalışmakta olan araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire, ebe ve hekimlere kişi bildirimine dayalı veri toplama aracı uygulanarak toplanmıştır. Hemşire, ebe ve hekimlerin çalışma düzenleri göz önünde bulundurularak en az yoğunlukta oldukları zaman dilimleri tercih edilmiştir.

5.7. Verilerin Analizi

5.7.1. Değişkenler

5.7.1.1. Bağımlı Değişkenler

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmaları ve kadına yönelik şiddet konusundaki tutum ve davranış düzeyleri bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

5.7.1.2. Bağımsız Değişkenler

Hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyeti, medeni durumları, yaşları, çocuk sahibi olmaları, mezun oldukları okulun düzeyi, meslekteki çalışma süreleri, çalıştıkları kurumları, öğrenimleri sırasında kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim alma durumları ve alınan eğitimin yeterliliği, mezuniyetleri sonrası kadına yönelik şiddete ilişkin

sertifikalı eğitim alma durumları ve alınan eğitimin yeterliliği, mesleki çalışma süreleri boyunca kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumları ve karşılaştıklarında tanıyı koymada zorlandıkları ve yetersiz kaldıkları süreçler, çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ve prosedürün varlığı ve yeterliliği, kadına yönelik şiddet ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapmayanların neden yapmadıkları, kadın sığınma evlerinin gerekliliği konusundaki düşünceleri, bu tip kurumlara yönlendirme de bulunma ve kuruluşların çalışmalarını takip etme durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

5.8.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0 programı kullanılmıştır.

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılamada kullanılan ölçekteki maddelere vermiş oldukları yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29) “Doğru” seçeneğine “1” puan, “Yanlış” seçeneğine “0” puan, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31) “Doğru” seçeneğine “0” puan, “Yanlış” seçeneğine “1” puan verilerek sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Bu sayısal değerler kullanılarak, toplam ve iki alt boyuta (Fiziksel ve Duygusal) göre puan ortalamaları hesaplanmıştır. Ayrıca Doğru ve Yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak, toplam ölçek ve fiziksel ve duygusal alt ölçekler için ayrı ayrı bir toplam puan elde edilmiştir. Toplam Ölçek puanı = 31, Fiziksel Alt Ölçek puanı = 18, Duygusal Alt Ölçek puanı = 13 olarak belirlenmiştir. (Ölçekten alınan puanlar, Toplam Ölçek için “0 ile 31”, Fiziksel Alt Ölçek için “0 ile 18” Duygusal Alt Ölçek için “0 ile 13” değerleri arasında değişmektedir.)

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek için kullanılan ölçekte olumlu tutumlarda (1, 2, 3, 4) “Katılıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılmıyorum” seçeneğine “0” puan, (5, 6, 7, 8, 9, 10) “Katılmıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılıyorum” seçeneğine “0” puan verilmiştir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan ve olumlu tutumda bulunan deneğin 20 tam puan alması beklenmiştir.

5.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu ‘nun 02.05.2008 tarihli onayı (EK 5) alınarak başlanmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için Sakarya İl Sağlık Müdürlüğünden resmi izin (EK 6) alınmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeğin kullanım izni, ölçeği geliştiren Leyla Baysan Arabacı ile görüşülerek alınmıştır (EK 7).

Araştırmanın örneklemini oluşturacak hemşire, ebe ve hekimlere, çalışmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, harcayacakları zaman konusunda ve kendilerinden neler beklendiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için “bilgilendirilmiş izin” alındı. Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve “otonomi” ilkesine saygı gösterildi. Kendilerinden alınan bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ve bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalındı. “Zarar vermeme-yarar sağlama” ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma 05.05.2008 – 01.09.2008 tarihleri arasında doğum, hastalık vb. nedenlerle izinli/raporlu olmayan, geçici görev ve görev değişikliği nedeniyle kurumlarında bulunmayanlar dışında araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar arasında yapılmıştır. Kurumlardan alınan yaklaşık verilere göre, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 83 kişinin raporlu, 13 kişinin doğum izninde ve 34 kişinin de geçici görevlendirme ile kurumlarında bulunmadıkları bilinmektedir. Bu nedenlerle evrenin parçası olan toplam 130 kişiye ulaşılammıştır. Başka sebeplerle kurumlarında bulunmayan ya da katılmak istemeyen kişiler örneklemin dışında tutulmuştur. Katılmama nedeni olarak konuya ilgisizlik, istekli olmama ve zaman ayıramama gibi nedenler gösterilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Hemşire, Ebe ve Hekimleri Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi

6.1.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya 134 (%23.9)'ü erkek, 426 (%76.1)'sı kadın toplam 560 kişi katılmıştır. Ankete katılanların yaş ortalamasının 33.1 ± 7.3 olduğu ve katılımcıların %60'nın 26-35 yaş aralığında bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların en küçüğünün 19 yaşında bir ebe, en büyüğünün ise 63 yaşında bir hekim olduğu belirlenmiştir. Meslekler arasında yaş gruplarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Mesleklere göre yaş gruplarının dağılımları incelendiğinde; hemşireler en sık (%48.8) 26-30 yaş grubunda, ebeler en sık (%28.4) 36-40 yaş grubunda, hekimler ise en sık (%37.7) 26-30 yaş grubundadır (Tablo 1).

Cinsiyetin mesleklere göre dağılımında; hemşirelerin %84.4'ü ve ebelerde %100'ü kadın iken, hekimlerin %66.7'sinin erkek olduğu görülmüştür (Tablo1). Meslek grupları arasında cinsiyet dağılımında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; hemşirelerin %68.1'i, ebelerin %81.1'i ve hekimlerin %66.7'sinin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Meslekler arasında medeni durum açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın ebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebelerde evlilik oranı hemşire ve hekimlere göre yüksek bulunmuştur.

Çocuk sahibi olma oranı tüm katılımcılarda %62,7' iken, hemşirelerin %57.5'si , ebelerin %81.1'i ve hekimlerin %62.6'sı çocuk sahibidir (Tablo 1). Meslekler arasında çocuk sahibi olma konusunda anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılık ebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebelerin çocuk sahibi olma oranının hemşire ve hekimlere daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumu incelendiğinde; hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşirelerde sağlık meslek lisesi mezunu %38.6 iken, ebelerde %26.3, hemşirelerde lisans mezunu %23.4 iken, ebelerde %10 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hekimlerin %52 (64)'si pratisyen, %48 (59)'ü uzman hekimdir. Veriler değerlendirilirken uzman pratisyen ayrımı yapılmamıştır.

Tablo 1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	≤ 20	6	1.8	3	3.2	-	-	9	1.9	$\chi^2:121.080$ $p: 0.000$
	21-25	34	9.9	5	5.3	2	1.6	41	7.3	
	26-30	167	48.8	26	27.4	18	14.6	211	37.7	
	31-35	79	23.1	21	22.1	30	24.4	130	23.2	
	36-40	25	7.3	27	28.4	31	25.2	83	14.8	
	41-45	17	5.0	9	9.5	23	18.7	49	8.8	
	46-50	10	2.9	2	2.1	11	8.9	23	4.1	
	51-55	4	1.2	2	2.1	5	4.1	11	2.0	
	56≥	-	-	-	-	3	2.4	3	,5	
Cinsiyet	Erkek	52	15.2	-	-	82	66.7	134	23.9	$\chi^2:167.605$ $p: 0.000$
	Kadın	290	84.8	95	100.0	41	33.3	426	76.1	
Medeni Durum	Evli	233	68.1	77	81.1	82	66.7	392	70.0	$\chi^2:7.925$ $p:0.098$
	Bekar	104	30.4	16	16.8	38	30.9	158	28.2	
	Diğer	5	1.5	2	2.1	3	2.4	10	1.8	
Çocuk Sahibi	Evet	197	57.6	77	81.1	77	62.6	351	62.7	$\chi^2:17.487$ $p:0.000$
	Hayır	145	42.4	18	18.9	46	37.4	209	37.3	
Eğitim Durumu	Sağlık Mesleği	132	38.6	25	26.3	-	-	157	28.0	$\chi^2:21.27$ $p:0.000$
	Önlisans-örg	54	15.8	23	24.2	-	-	77	13.8	
	Önlisans-aö	74	21.6	37	38.9	-	-	111	19.8	
	Lisans	80	23.4	10	10.5	-	-	90	16.1	
	Lisansüstü	2	.6	-	-	123	100.0	125	22.3	

Tablo 2. Katılımcıların Çalıştığı Kurum ve Çalışma Süresinin Mesleklere Göre Dağılımı

Çalıştığı Kurum ve Çalışma Süresi	Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
	n	%	n	%	N	%	N	%	
Sağlık Ocağı	38	11.1	40	42.1	29	23.6	107	19.1	
Çalıştığı Hastane	297	86.8	55	57.9	92	74.8	444	79.3	$\chi^2:50.010$
Kurum 112 Komuta M.	5	1.5	-	-	2	1.6	7	1.3	$p:0.000$
Diğer	2	.6	-	-	-	-	2	.4	
1 Yıldan az	42	12.3	10	10.5	3	2.4	55	9.8	
Çalışma 1-2 Yıl	19	5.6	2	2.1	14	11.4	35	6.3	$\chi^2:24.091$
Süresi 3-5 Yıl	39	11.4	5	5.3	7	5.7	51	9.1	$p:0.001$
6 Yıl ve Üzeri	242	70.8	78	82.1	99	80.5	419	74.8	

Meslek gruplarının çalıştığı birimler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin en sık (%86.8) hastanede, ebelerin ise hemşirelere göre daha yüksek oranda sağlık ocağında (%42.1) çalıştığı belirlenmiştir. Hekimlerin %74.8'i hastanede, %23.6'sı sağlık ocağında çalışmaktadır (Tablo 2).

Katılımcıların meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında; hemşirelerin %70.8'i, ebelerin %82.1'i ve hekimlerin %80.5'i gibi yüksek oranda 6 yıl ve üzerinde çalışmakta oldukları görülmüştür (Tablo 2).

6.1.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Eğitim ve Deneyimlerinin İncelenmesi

Tablo 3. Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Alınan Eğitimin Mesleklere Göre Dağılımı

		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
Kadına Yönelik Şiddete	Yönelik Alınan Eğitim	N	%	n	%	n	%	N	%	
Mezuniyet Öncesi	Evet	52	15.2	7	7.4	22	17.9	81	14.5	$\chi^2:5.182$
	Hayır	290	84.8	88	92.6	101	82.1	479	85.5	$p:0.075$
Eğitim Alımı										
Mezuniyet Öncesi	Evet	17	32.7	2	28.6	8	36.4	27	33.3	
	Hayır	14	26.9	3	42.9	9	40.9	26	32.1	$\chi^2:2.087$
Eğitimin Yeterliliği	Kısmen Yeterli	21	40.4	2	28.6	5	22.7	28	34.6	$p:0.591$
	Yeterli									
Mezuniyet Sonrası Sertifikalı Eğitim	Almış	3	.9	2	2.1	3	2.4	8	1.4	$\chi^2:1.939$
	Almamış	339	99.1	93	97.9	120	97.6	552	98.6	$p:0.379$
Mezuniyet Sonrası Sertifikalı Eğitim Yeterliliği	Evet	2	66.7	1	50.0	1	33.3	4	50.0	$\chi^2:2.111$
	Hayır	-	-	-	-	1	33.3	1	12.5	$p:0.715$
Eğitim Yeterliliği	Kısmen Yeterli	1	33.3	1	50.0	1	33.3	3	37.5	
	Yeterli									

Kadına yönelik şiddete ilişkin mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna bakıldığında; hemşirelerin %15.2'si, ebelerin %7.4'ü, hekimlerin ise %17.9'ü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Ebelerle hekimler arasında aile içi şiddete yönelik mezuniyet öncesi eğitim alma konusunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak ebelerle hemşireler arasında ($p>0.05$) ve hemşirelerle hekimler arasında ($p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliğine yönelik soruya; hemşirelerin %63.1'i, ebelerin %57.2'si ve hekimlerin %67.9'u yeterli veya kısmen yeterli bulduğu şeklinde yanıt vermişlerdir (Tablo 3). Mezuniyet öncesi aile içi şiddete

yönelik eğitimin yeterliliği konusundaki düşüncelerde meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddetle ilgili hemşirelerin sadece %0.9'u, ebelerin %2,1'i, hekimlerin ise %2.4'ü mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alan toplam 8 (%1.4) kişiden de; sadece 4 kişi eğitimi yeterli bulduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Kurumlarda Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Talimat/Prosedür Hakkındaki Görüşlerin Mesleklere Göre Dağılımı

Talimat/prosedür Konusundaki Yanıtlar		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Talimat / Prosedür	Evet	14	4.1	8	8.4	13	10.6	35	6.3	
	Hayır	161	47.1	50	52.6	55	44.7	266	47.5	$\chi^2:9.32$
	Bilmiyorum	167	48.8	37	38.9	55	44.7	259	46.3	$p:0.054$
Talimat/ Prosedürün Yeterliliği	Evet	6	42.9	4	50.0	7	53.8	17	48.6	$\chi^2:0.33$
	Hayır	8	57.1	4	50.0	6	46.2	18	51.4	$p:0.85$

Katılımcılardan sadece %6,3'ü çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddetle ilgili prosedür/talimat olduğunu belirtirken, hemşirelerin %95,9'u, ebelerin %91.5'i ve hekimlerin %89.4'ü prosedür/talimatın olup olmadığını bilmediğini veya olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4). Meslek grupları arasında prosedür/talimat hakkındaki bilgi konusunda ebelerle hemşire ($p>0.05$) ve hekimler ($p>0.05$) arasında verilen cevaplar arasında fark bulunmazken, hemşirelerle hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Prosedür/talimat olduğunu belirten az sayıda ki (n=35) katılımcılardan, hemşirelerin %42.9'u, ebelerin %50.0'si, hekimlerin ise %53.8'inin prosedür/talimatı yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. İş Yaşamında Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Olgularla Karşılaşmanın Mesleklere Göre Dağılımı

Olgu ile Karşılaşma		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Karşılaşma	Var	222	64.9	66	69.5	107	87.0	395	70.5	$\chi^2:21.28$
	Yok	120	35.1	29	30.5	16	13.0	165	29.5	$p:0.00$
Karşılaşılan	1-10	151	68.0	49	74.2	53	49.5	253	64.1	
Olgu Sayısı	10-20	33	14.9	10	15.2	18	16.8	61	15.4	$\chi^2:18.73$
	20↑	38	17.1	7	10.6	36	33.6	81	20.5	$p:0.00$

İş yaşamında hemşirelerin %64.9'unun, ebelerin %69.5'inin, hekimlerin %87.0'ı kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 5). Olgularla karşılaşma konusunda ebelerle hemşireler ($p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, hekimlerle ebeler ($p<0.05$) ve hemşireler ($p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu farklılık hekimlerin kadına yönelik şiddet olguları ile daha sık karşılaşmalarından kaynaklanmaktadır.

Kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma konusunda sayısal açıdan meslek gruplarına göre anlamlı fark vardır ($p>0.05$). Bu farklılık hekimlerden kaynaklanmaktadır hekimler ebeler ve hemşirelere göre daha fazla sayıda olgu ile karşılaşmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Değerlendirmede Zorlanma ve Kendini Yetersiz Hissetme Konusunun Mesleklere Göre Dağılımı

Olguları değerlendirmede Zorlanma	Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		N	Hekim (n=123)		Toplam (n=560)	
	n	%	n	%		%	n	%	
Ve Yetersiz Hissetme Nedenleri									
Öykü Alma	111	32.5	32	33.7	52	42.3	195	34.8	
Fizik Muayene	21	6.1	7	7.4	15	12.2	43	7.7	
Ruhsal Muayene	49	14.3	14	14.7	29	23.6	92	16.4	
Kayıt	25	7.3	12	12.6	16	13.0	53	9.5	
Rapor Etme/ Yasal Süreç	70	20.5	22	23.2	46	37.4	138	24.6	
Diğer	3	0.9	1	1.1	3	2.4	7	1.3	

$\chi^2: 0,661, p:0,718$

Kadına yönelik şiddet konusunda iş yaşamında karşılaştıkları olguları değerlendirmede hemşirelerin %58.8 (n=201)'i, ebelerin %59.2 (n=58), hekimlerin ise % 79,7 (n=98)'si bir veya birkaç konuda kendilerini kendini yetersiz hissettikleri saptanmıştır. Tüm meslek grupları en sık öykü almada kendini yetersiz hissettikleri ve zorlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6). Meslek grupları arasında olguları değerlendirme zorlanma ve kendini yetersiz hissetme konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 7. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Değerlendirmede Zorlanma ve Kendini Yetersiz Hissetmenin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Olguları Değerlendirmede Yetersiz		Olguları Değerlendirmede Yeterli		Sayı	%	Test Değeri
		n	%	n	%			
Meslek	Hemşire	201	90.5	21	9.5	222	100.0	$\chi^2: 0,66$ $p:0,72$
	Ebe	58	87.9	8	12.1	66	100.0	
	Hekim	98	91.6	9	8.4	107	100.0	
Cinsiyet	Erkek	91	93.8	6	6.2	97	100.0	$\chi^2: 1,744$ $p:0,19$
	Kadın	266	89.3	32	10.7	298	100.0	
Medeni Durum	Evli*	267	90.2	29	9.8	296	100.0	$\chi^2:0.043$ $p:0.84$
	Bekar	90	90.9	9	9.1	99	100.0	
Çocuk	Var	232	89.6	27	10.4	259	100.0	$\chi^2: 0.560$ $p:0.45$
	Yok	125	91.9	11	8.1	136	100.0	
	≤ 1	25	89.3	3	10.7	28	100.0	
Çalışma Süresi	1-2 yıl	21	91.3	2	8.7	23	100.0	$\chi^2: 0.167$ $p:0.98$
	3-5 yıl	34	91.9	3	8.1	37	100.0	
	≥ 6	277	90.2	30	9.8	307	100.0	
Mezuniyet Öncesi E.	Almış	56	91.8	5	8.2	61	100.0	$\chi^2:0.167$ $p:0.98$
	Almamış	301	90.1	33	9.9	334	100.0	
Karşılaşılan Olgu sayısı	1-10 olgu	226	89.3	27	10.7	253	100.0	$\chi^2:1.879$ $p:0.39$
	11-20 olgu	58	95.1	3	4.9	61	100.0	
	20 olgu ↑	73	90.1	8	9.9	81	100.0	
Genel Toplam		357	90.4	38	9.6	395	100.0	

*Diğer kısmında yanıt veren eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilerde evliler kapsamına alınmıştır.

Hemşirelerin %90.5'i, ebelerin %87.9'u, hekimlerin de %91.6'sının kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaştıklarında zorlandıklarını ve kendini yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 7). Olguları değerlendirmede meslek grupları arasında zorlanma ve kendilerini yetersiz hissetme konusunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Erkek katılımcıların %93.8'i ve kadın katılımcıların %89.3'ü olguları değerlendirmede zorlanma ve kendilerini yetersiz bulmuşlardır . Katılımcılar arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7) .

Medeni durum değerlendirirken eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilerde evlilik deneyimi geçirmiş olmaları nedeni ile evliler kapsamına alınmıştır. Evlilerin %90.2'si, bekarların %90.9'u olguları değerlendirmede zorlanma ve kendini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. İstatistiksel olarak medeni duruma göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Çocuk sahibi olan katılımcıların %89.6'sı, çocuk sahibi olmayan katılımcıların %91.9'u kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığında zorlanma ve kendini yetersiz hissettiğini belirtmiştir. Çocuk sahibi olmaya göre zorlanma ve kendini yetersiz hissetmeye göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

İş yaşamında çalışma süresinin kadına yönelik şiddet olgularını değerlendirmede zorlanma ve kendini yetersiz hissetmede anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim alanlarla eğitim almayanlar arasında olguları değerlendirirken zorlanma ve kendini yetersiz hissetme konusunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim almış 5 kişinin tümünün de kendisini olguları değerlendirmede zorlandığı veya kendini yetersiz hissettiği saptanmıştır.

İş yaşamında kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşıldığında, değerlendirme yaparken zorlanma ve yetersiz kalmanın karşılaşılan olgu sayısı ile arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. İş Yaşamında Karşılaşılan Olguları Adli Makamlara Bildirimin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Bildirim Yaparım		Şiddetin Özelliğine Göre		Bildirim Yapmam		Test Değeri
		n	%	n	%	n	%	
Meslek	Hemşire	227	66.4	85	24.8	30	8.8	$\chi^2:11,938$
	Ebe	58	61.0	26	27.4	11	11.6	$p:0,02$
	Hekim	90	73.2	15	12.2	18	14.6	
Cinsiyet	Erkek	95	70.9	22	16.4	17	12.7	$\chi^2: 4.076$
	Kadın	280	65.7	104	24.4	42	9.9	$P:0.13$
Yaş Grubu	30 Yaş ve	187	71.6	54	20.7	20	7.7	$\chi^2: 6.142$
	↓ 30 yaş üstü	188	62.9	72	24.1	39	13.0	$P:0.046$
Medeni Durum	Evli*	251	62.4	102	25.4	49	12.2	$\chi^2: 13.284$
Çocuk	Bekar	124	78.5	24	15.2	10	6.3	$p:0.00$
	Var	213	60.7	95	27.1	43	12.2	$\chi^2: 16.878$
Çalışma Süresi	Yok	162	77.5	31	14.8	16	7.7	$p:0.00$
	≤ 1	44	80.0	8	14.5	3	5.5	
	1-2 yıl	24	68.6	6	17.1	5	14.3	$\chi^2: 7.325$
	3-5 yıl	35	68.6	13	25.5	3	5.9	$p:0.29$
Mezuniyet Öncesi E. Karşılaşılan Olgu sayısı	≥ 6	272	64.9	99	23.6	48	11.5	
	Almış	59	72.8	11	13.6	11	13.6	$\chi^2:4.670$
	Almamış	316	66.0	115	24.0	48	10.0	$p:0.10$
Genel Toplam	1-10 olgu	161	63.6	63	24.9	29	11.5	
	11-20 olgu	35	57.4	16	26.2	10	16.4	$\chi^2: 2.390$
	20 olgu ↑	55	67.9	16	19.8	10	12.3	$p:0.67$
Genel Toplam		357	90.4	38	9.6	395	100.0	

*Diğer kısmında yanıt veren eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilerde evliler kapsamına alınmıştır.

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapıp yapmama konusundaki yanıtların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; en yüksek oranda (%73.2) hekimlerin bildirimde bulunacağı saptanmıştır. Meslek grupları arasında bildirim yapma konusunda anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.05$). Hemşire ve ebe grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmezken ($p>0.05$); hemşire ve hekim grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ebe ve Hekim grupları arasındaki duruma bakıldığında yine anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0.05$). Meslek grupları arasındaki farklılık hekimlerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Bildirimde bulunmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Erkek katılımcıların %70.9'u. kadın katılımcıların %65.7'si bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Otuz yaş ve altındaki yaş grubunun %71.6'sı. 30 yaş üzerindeki yaş grubuna ise %62.9'u karşılaştığı kadına yönelik şiddet olgularında bildirimde bulunacağını belirtmişlerdir. Bildirimde bulunmanın yaşa grubuna göre dağılımlarına bakıldığında katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Otuz yaşın üzerindeki otuz yaşın altındakilere göre daha düşük oranda bildirimde bulunacağını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Katılımcıların kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirimde bulunmalarının. medeni durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Evli olanların %62.4'ü. bekar olanların %78.5'i bildirimde bulunabileceklerini belirtmişlerdir (Tablo 8).

Bildirimde bulunma ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p < 0.05$). Çocuk sahibi olanların %60.7'si. çocuk sahibi olmayan katılımcıların %77.5'i bildirimde bulunurum şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 8).

Bildirimde bulunma ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Meslekte 1 yıldan az süredir çalışan katılımcıların %80.0'ı. 1-2 yıl ile 3-5 yıldır çalışan katılımcıların %68.6'sı. 6 yıl ve üzeri çalışanların da %64.9'u bildirim yaparım şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 8).

Mezuniyet öncesi dönemde eğitim almak ile bildirimde bulunma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Katılımcılardan eğitim alanların %72.8'si. eğitim almayanların %66.0'ı bildirimde bulunacaklarını bildirmişlerdir (Tablo 8).

Katılımcıların kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında bildirimde bulunmaları ile karşılaştıkları olgu sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). 1-10 arasında olgu ile karşılaşan katılımcıların %63.6'sı. 11-20 olgu ile karşılaşanlar %57.4'ü. 20 ve üzeri olgu ile karşılaşanların %67.9'u bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Olgusu veya Şüphesi İle Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedeni Olarak Belirttikleri Durumların Mesleklere Göre Dağılımı

Bildirim Yapmama Nedeni	Hemşire (n*=42)		Ebe (n*=13)		Hekim (n*=24)		Toplam (n*=79)	
	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**
Sosyal servislerin ilgilenmemesi	10	23.8	2	15.4	7	29.2	19	24.1
Kendisi daha iyi çözeceği için	-	-	-	-	-	-	-	-
Konu ile uğraşmak istemediği için	4	9.5	1	7.7	2	8.3	7	8.9
Yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması	14	33.3	3	23.1	9	37.5	26	32.9
Kadını daha kötü duruma sokacağı içi	22	52.4	7	53.8	12	50.0	41	51.9
Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için	4	9.5	1	7.7	2	8.3	7	8.9
Kadının ailesinden ayrılacağı düşünce	5	11.9	2	15.4	-	-	7	8.9
Kime bildireceğini bilememek	2	4.8	3	23.1	2	8.3	7	8.9
Diğer	2	4.8	1	7.7	3	12.5	6	7.6

* n= Bildirim yapma nedeni yazan toplam olgu sayısı

** Toplamın % 100'den fazla çıkma sebebi birden fazla neden belirtilmiş olmasından kaynaklanmıştır.

Bildirim yapmama nedenleri araştırıldığında sadece 79 kişinin bildirim yapmama nedeni bildirdiği. neden olarak da bir veya daha fazla neden ileri sürenler olduğu saptanmıştır. En sık bildirim yapmama nedeni olarak bildirimin kadını daha kötü duruma sokacağına düşünülmesi ve yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması olarak belirlenmiştir. Bildirim yapmama nedeni olarak hiçbir kişinin kendisinin sorunu daha iyi çözeceği şeklinde cevap vermediği görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 10. Kadın Sığınma Evlerinin Olması Gerektiği Düşüncesinin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Olmalı		Olmamalı		Test Değeri
		n	%	n	%	
Meslek	Hemşire	331	96.8	11	3.2	$\chi^2:2.521$ $p:0.28$
	Ebe	92	96.8	3	3.2	
	Hekim	115	93.5	8	6.5	
Cinsiyet	Erkek	125	93.3	9	6.7	$\chi^2:6.945$ $p:0.01$
	Kadın	417	97.9	9	2.1	
Yaş grubu	30 Yaş ve ↓	252	97.5	9	3.4	$\chi^2:0.086$ $p:0.77$
	30 yaş üstü	290	97.0	9	3.0	
Medeni Durum	Evli*	392	97.5	10	2.5	$\chi^2: 2.419$ $p:0.12$
	Bekar	150	94.9	8	5.1	
Çocuk	Var	342	97.4	9	2.6	$\chi^2: 1.278$ $p:0.26$
	Yok	200	95.7	9	4.3	
Çalışma Süresi	≤ 1	54	98.2	1	1.8	$\chi^2: 2.380$ $p:0.50$
	1-2 yıl	33	94.3	2	5.7	
	3-5 yıl	48	94.1	3	5.9	
	≥ 6	407	97.1	12	2.9	
Mezuniyet	Almış	78	96.3	3	3.7	$\chi^2:0.073$
Öncesi Eğitim	Almamış	464	96.9	15	3.1	$p:0.79$
Olgu ile	Karşılaşmış	383	97.0	12	3.0	$\chi^2: 0.134$
Karşılaşma	Karşılaşmamış	159	96.4	6	3.6	$p:0.71$
Genel Toplam		542	96.8	18	3.2	

*Diğer kısmında yanıt veren eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilerde evliler kapsamına alınmıştır.

Kadın sığınma evlerinin varlığı konusunda; hemşirelerin ve ebelerin %96.8'i. hekimlerin %93.5'i olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 10). Kadın sığınma evlerinin bulunması gerektiğini savunanların meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadın sığınma evlerinin olması gerektiğini düşünenler arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın katılımcıların % 97.9'u erkek katılımcıların %93.3'ü olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 10).

Kadın sığınma evlerinin gerekliliğini düşünen katılımcıların yaş gruplarına göre arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Kadın sığınma evlerinin gerekliliği konusunda medeni durum ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Evli katılımcıların %97.5'i bekar katılımcıların %94.9'u olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo10).

Kadın sığınma evlerinin gerekliliğini düşünen katılımcıların çocuk sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) . Çocuk sahibi olan

katılımcıların %97.4'ü. çocuk sahibi olmayan katılımcıların %95.7'si olmalı şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 10).

Kadın sığınma evlerinin gerekliliğini savunlar arasında mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumu göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Kadın sığınma evlerinin gerekliliğini düşünenler arasında olgularla karşılaşma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10)

Tablo 11. Kadın Sığınma Evlerine Yönelik Tutum ve Düşüncelerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Olguların kadın sığınma evlerine yönlendirilmesi	Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yönlendiririm	331	96.8	94	98.9	117	95.1	542	96.8	
Yönlendirmem	11	3.2	1	1.1	6	4.9	18	3.2	$\chi^2:2.52$ $p:0.28$

Bu kuruluşlara yönlendirme yapıp yapamayacakları sorgulandığında; hemşirelerin %96.8'i. ebelerin %98.9'u. hekimlerin %93.5'i evet şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 11). Meslek gruplarının vermiş olduğu cevaplar arasındaki oransal farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Kadın Sığınma Evlerinin Çalışmalarını Takip Etmenin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Kadın sığınma Evlerinin Çalışmalarını Takip etme	Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam (n=560)		Test Değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Takip Ederim	49	14.3	14	14.7	26	21.1	89	15.9	
Takip Etmem	293	85.7	81	85.3	97	78.9	471	84.1	$\chi^2:3.25$ $p:0.20$

Kuruluşların çalışmalarını takip etme durumlarına bakıldığında; hemşirelerin %85.7'si. ebelerin %85.3'ü. hekimlerin ise %78.9'u hayır şeklinde cevap vererek kuruluşların çalışmalarını takip etmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 12). Meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

6.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 13. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

	Duygusal Şiddet	Fiziksel Şiddet	Toplam puan
N	560	560	560
Ortalama	10.58	8.25	18.83
Ortanca	11.00	8.00	19.00
Standart Sapma	2.50	1.67	3.38
Minimum	1.00	3.00	8.00
Maksimum	16.00	13.00	27.00

Katılımcıların kadına yönelik şiddete belirtilerini tanımalarına ilişkin duygusal şiddete ait ölçek puanı 10.58 ± 2.50 , fiziksel şiddete ait ölçek puanı 8.25 ± 1.67 ve toplam ölçek puanı 18.83 ± 3.38 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Fiziksel Ve Duygusal Alt Ölçek Puanları İle Toplam Ölçek Puanı Arasındaki Korelasyon

	r	p
Duygusal –Fiziksel Puan	0.28	0.00
Duygusal –Toplam Puan	0.88	0.00
Fiziksel - Toplam Puan	0.71	0.00

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin kullanılan ölçeğin, Fiziksel ve Duygusal Alt Ölçek puanları ile Toplam Ölçek puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için, korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 14). Yapılan analizde, toplam ölçek puanı ile fiziksel ($r = 0.71$) ve duygusal ($r = 0.88$) alt ölçek puanları arasında güçlü ve olumlu yönde ilişki olduğu görülmektedir. Fiziksel ve duygusal alt ölçek puanları arasında ise zayıf ve olumlu yönde ilişki olduğu

belirlenmiştir ($r = 0.28$). Bu bulguya göre, ölçeğin birbiri ile olumlu yönde ilişkili alt ölçeklerden oluştuğu ve bunun, ölçeğin güvenle kullanılabilirliği yönünde olumlu bir özellik olduğu ortaya çıkmaktadır.

6.2.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin, Alt ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının, Katılımcılar İle İlgili Tanıtıcı Bilgilerle İlişkisinin İncelenmesi

6.2.1.1. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre İncelenmesi

Tablo 15. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Mesleklere Göre Dağılımı

Meslekler	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Hemşire	342	8.11±1.71	10.36±2.51	18.47±3.41
Ebe	95	8.20±1.64	10.49±2.34	18.69±3.01
Hekim	123	8.69±1.55	11.26±2.49	19.95±3.34
		F=5.572, p=0.00	F= 6.089, p=0.00	F=9.061, p=0,00

* Fark hemşire ve hekimlerin puanları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

** Fark hekimlerin puanının diğer iki meslek grubundan yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Post hoc Tukey testi ile analiz edilmiştir).

Meslek grupları arasında alt ölçek ve toplam ölçek puanının anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark alt ölçek puanlarında hekimlerin puanı ile hemşirelerin arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Toplam puana bakıldığında ise ebe ve hemşirelerin puanlarına göre hekimlerin puanın yüksek olması farka neden olmuştur (Tablo 15).

6.2.1.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo- Demografik Değişkenlerle İncelenmesi

Tablo 16. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş Grubu	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
30 yaş altı	261	8.20±1.74	10.47±2.57	18.67±3.49
30 yaş üzeri	299	8.30±1.62	10.67±2.44	18.98±3.28
		T=-768 p=0.44	t=-0.950 p=0.34	t=-1.083 p=0.28

Hemşire, ebe ve hekimlerin yaş grupları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır (p >0.05) (Tablo 16).

Hemşire, ebe ve hekimlerin yaş grupları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır (p >0.05) (Tablo 16).

Katılımcıların yaş grupları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p > 0.05) (Tablo 16).

Tablo 17. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Erkek	134	8.25±1.65	10.63±2.49	18.88±3.45
Kadın	426	8.26±1.68	10.56±2.50	18.82±3.36
		T=-0.058 p=0.95	t=0.296 p=0.77	t=0.190 p=0.85

Hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyetlerine göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyetleri ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyetleri ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 17) .

Hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyetleri ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Evli	402	8.24±1.70	10.53±2.45	18.77±3.37
Bekar	158	8.28±1.62	10.70±2.63	18.98±3.42
		t=-0.276 p=0.78	t=-0.698 p=0.49	t=-0.653 p=0.51

Hemşire, ebe ve hekimlerin medeni durumlarına göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; medeni durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Hemşire, ebe ve hekimlerin medeni durumları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0.05$) (Tablo 18).

Hemşire, ebe ve hekimlerin medeni durumları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Duruma Göre Dağılımı

Çocuk sahibi	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Evet	351	8.20±1.66	10.50±2.48	18.70±3.35
Hayır	209	8.33±1.71	10.72±2.53	19.06±3.43
		t=-0.939 p=0.35	t=-1.017 p=0.31	t=-1.210 p=0.22

Hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çocuk sahibi olma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk sahibi durumları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk sahibi durumları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 19).

6.2.1.3. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim ve Mesleki Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 20. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Sağlık Meslek L	157	8.17±1.80	10.36±2.44	18.53±3.36
Önlisans (örg e)	77	7.78±1.64	10.45±2.63	18.23±3.48
Önlisans (aö)	111	8.09±1.52	10.14±2.27	18.23±3.00
Lisans	90	8.43±1.72	10.63±2.62	19.07±3.51
Lisansüstü	125	8.67±1.54	11.27±2.49	19.94±3.34
		F=4.222 p=0.00	F=3.666 p=0.01	F=5.446 p=0.00

Hemşire, ebe ve hekimlerin eğitim durumlarına göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının, diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de, eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 20).

Hemşire, ebe ve hekimlerden lisansüstü eğitim durumuna sahip olanların duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının, diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analiz de, eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 20).

Hemşire, ebe ve hekimlerden lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların toplam ölçek puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de, eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Mezuniyet Öncesi Kadına Yönelik Eğitim Almaya Göre Dağılımı

Mezuniyet		Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
Öncesi Eğitim	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Almış	81	8.16±1.55	10.93±2.56	19.09±3.25
Almamış	479	8.27±1.70	10.52±2.49	18.79±3.40
		t=-0.540, p=0.59	t=1.354, p=0.18	t=0.732, p=0.47

Hemşire, ebe ve hekimlerin mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim alma durumlarına göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Hemşire, ebe ve hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim alma durumları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Hemşire, ebe ve hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim alma durumları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı

Çalıştığı		Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
Kurum	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Sağlık Ocağı	107	8.36±1.59	10.83±2.57	19.20±3.19
Hastane	444	8.23±1.70	10.52±2.46	18.75±3.42
		t=0.733 p=0.46	t=1.175 p=0.24	t=1.228 p=0.22

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çalıştıkları kurumları ile fiziksel belirtiler alt

ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p > 0.05$) (Tablo 22).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalıştıkları kurumları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 22).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalıştıkları kurumları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi	n	Fiziksel Puan* Ortalama±Ss	Duygusal Puan* Ortalama±Ss	Toplam Puan** Ortalama±Ss
1 yıldan az	55	8.13±1.49	10.84±2.67	18.96±3.27
1-2 yıl	35	8.71±1.67	10.83±2.86	19.45±3.80
3-5 yıl	51	8.65±1.74	10.67±2.44	19.31±3.40
6 yıl ve üzeri	419	8.18±1.70	10.51±2.45	18.70±3.35
		F=2.182 p=0.09	F=0.428 p=0.73	F=1.113 p=0.34

Hemşire, ebe ve hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma süreleri ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 23).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalışma süreleri ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 23).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalışma süreleri ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Kurumda Talimat/Prosedür Olmasına Göre Dağılımı

Talimat/ Prosedür	n	Fiziksel Puan* Ortalama±Ss	Duygusal Puan* Ortalama±Ss	Toplam Puan** Ortalama±Ss
Var	35	8.03±1.48	11.14±2.13	19.17±2.86
Yok	266	8.35±1.53	10.52±2.57	18.86±3.37
Bilmiyorum	259	8.19±1.84	10.57±2.47	18.75±3.47
		F=0.968 p=0.38	F=0.981 p=0.38	F=0.259 p=0.77

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalıştıkları kurumda talimat ve prosedür varlığı ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; talimat ve prosedür varlığı ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 24).

Hemşire, ebe ve hekimlerin talimat ve prosedür varlığı ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 24).

Hemşire, ebe ve hekimlerin talimat ve prosedür varlığı ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 24).

6.2.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Deneyim Durumlarına Göre İncelenmesi

Tablo 25. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Olgular Karşısında Yetersiz Hissetmelerine Göre Dağılımı

Olgular		Fiziksel Puan*	Duygusal Puan*	Toplam Puan**
Karşısında	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Yetersiz Hissetm				
Yetersiz	357	8.42±1.66	10.75±2.51	19.17±3.36
Yeterli	38	7.97±1.67	10.81±2.20	18.79±3.32
		t=1.577,p=0.12	t=-0.160, p=0.87	t=0.661, p=0.51

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında olgularda zorlanma ve yetersiz kalma ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; olgularda zorlanma ve yetersiz kalma ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 25).

Hemşire, ebe ve hekimlerin olgularda zorlanma ve yetersiz kalma ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 25).

Hemşire, ebe ve hekimlerin olgularda zorlanma ve yetersiz kalma ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Olguları Bildirimde Bulunmaya Göre Dağılımı

Bildirimde		Fiziksel Puan*	Duygusal Puan [†]	Toplam Puan**
Bulunma	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Bulunurum	375	8.36±1.71	10.74±2.58	19.10±3.48
Bulunmam	59	8.00±1.76	10.29±2.31	18.29±3.59
Şiddetin Özelliğine Göre	126	8.05±1.49	10.25±2.31	18.29±3.00
		F=2.437	F=2.270	F=3.561
		p=0.09	p=0.10	p=0.03

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirimde bulunma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bildirimde bulunmaları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 26).

Hemşire, ebe ve hekimlerin bildirimde bulunma durumları ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 26).

Hemşire, ebe ve hekimlerin bildirimde bulunurum diyenlerin ortalamalarının, bulunmam ve şiddetin özelliğine göre bulunurum diyenlerin toplam ölçek puan ortalamalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bildirimde bulunma durumları ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının İş Yaşamında Olgu ile Karşılaşmaya Göre Dağılımı

Olgu ile		Fiziksel Puan	Duygusal Puan	Toplam Puan
Karşılaşma	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Karşılaşmış	395	8.38±1.66	10.75±2.48	19.13±3.36
Karşılaşmamış	165	7.96±1.67	10.16±2.51	18.12±3.34
		t=2.718	t=2.591	t=3.272
		p=0.01	p=0.01	p=0.00

Hemşire, ebe ve hekimlerin iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşanların ortalamalarının, olgu ile karşılaşmayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de, iş yaşamında karşılaşılan olgu ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Hemşire, ebe ve hekimlerin iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşanların ortalamalarının, olgu ile karşılaşmayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. İş yaşamında karşılaşılan olgu ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Hemşire, ebe ve hekimlerin iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşanların ortalamalarının, olgu ile karşılaşmayanlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. İş yaşamında karşılaşılan olgu ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Fiziksel, Duygusal ve Toplam Ölçek Puanında karşılaşılan olgu sayının fazlalığına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).

6.2.3. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Kadın Sığınma Evleri İle İlgili Düşüncelerin İncelenmesi

Tablo 28. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Ve Toplam Ölçek Puanlarının Kadın Sığınma Evleri ile İlgili Düşüncelere Göre Dağılımı

Kadın Sığınma Evleri	n	Fiziksel Puan Ortalama±Ss	Duygusal Puan Ortalama±Ss	Toplam Puan Ortalama±Ss
Olmalı	542	8.28±1.67	10.62±2.50	18.90±3.36
Olmamalı	18	7.44±1.72	9.22±2.16	16.67±3.24
		t=2.090 p=0.04	t=2.35,1p=0.02	t=2.779, p=0.01
Kuruluşlara yönlendirme				
Evet	538	8.28±1.66	10.59±2.50	18.87±3.37
Hayır	22	7.64±1.87	10.27±2.55	17.91±3.69
		t=1.767,p=0.078	t=0.586, p=0.558	t=1.308, p=0.192
Kuruluşların Çalışmalarını Takip Etme				
Evet	89	8.52±1.62	10.92±2.26	19.44±2.96
Hayır	471	8.20±1.68	10.51±2.54	18.72±3.45
		t=1.619,p=0.106	t=1.413, p=0.158	t=1.848, p=0.065

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadın sığınma evlerinin gerekliliği ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; kadın sığınma evlerinin olması gerektiğini düşünenlerin ortalamalarının, olması gerekmediğini düşünenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de, kadın sığınma evlerinin gerekliliği ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 28).

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadın sığınma evlerinin gerekliliği ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 28).

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadın sığınma evlerinin gerekliliği ile toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; kadın sığınma evlerinin olması gerektiğini düşünenlerin ortalamalarının, olması gerekmediğini düşünenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de, kadın sığınma evlerinin gerekliliği ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 28).

Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Fiziksel, Duygusal ve Toplam Ölçek Puanlarında kadın sığınma evlerine olguları yönlendireceğini belirtenlerle yönlendirmeyeceğini belirtenler göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$)(Tablo 28).

Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Fiziksel, Duygusal ve Toplam Ölçek Puanlarında kadın sığınma evlerinin çalışmalarını takip edenlerle etmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$)(Tablo 28).

6.3. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi

Tablo 29. Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Dağılımı

BELİRTİLER	Doğrudur şeklinde cevap verenler		Yanlıştır şeklinde cevap verenler	
	n	%	n	%
1. Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir	316	56.4	244	43.6
2. Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.	297	53.0	263	47.0
3. İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikayetleri vardır.	441	78.8	119	21.3
4. Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	513	91.6	47	8.4
5. Kadının vücudunda. farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.	480	85.7	80	14.3
6. Kadının ekstremitelerinde küçük apselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.	189	33.8	371	66.2
7. Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.	382	68.2	178	31.8

8. Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.	273	48.8	287	51.2
9. Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.	242	43.2	318	56.8
10. Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.	307	54.8	253	45.2
11. Kadında sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür.	101	18.0	459	82.0
12. İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar.	491	87.7	69	12.3
13. İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.	314	56.1	246	43.9
14. İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.	304	54.3	256	45.7
15. İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.	139	24.8	421	75.2
16. İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.	373	67.0	185	33.0
17. İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.	486	86.8	74	13.2
18. Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.	359	64.1	201	35.9
19. İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.	313	55.9	247	44.1
20. İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.	346	61.8	214	38.2
21. Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar düşünülür.	333	59.5	227	40.5
22. İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.	420	75.0	140	25.0
23. İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar.	246	43.9	314	56.1
24. Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	331	59.1	229	40.9
25. İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.	402	71.8	158	28.2
26. Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.	258	46.1	302	53.9
27. İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.	339	60.5	221	39.5
28. Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.	241	43.0	319	57.0
29. Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.	277	49.5	283	50.5
30. Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.	494	88.2	66	11.8
31. İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.	199	35.5	361	64.5

*Doğru yanıtlar koyu renkli olarak gösterilmiştir.

** Fiziksel Şiddete ait belirtiler italik ve koyu renkte gösterilmiştir.

***Duygusal şiddete ait belirtiler açık renkte gösterilmiştir.

Katılımcıların Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek belirtilerine verdikleri cevaplar incelendiğinde fiziksel belirtilerden en yüksek orandaki (%91.6) doğru cevabı 4.soruya " Kadının genital bölgesinde görülen çürük

ve yaralar istismarı düşündürür" verdiği belirlenmiştir. Duygusal belirtilerden ise en yüksek (%87.7) doğru cevabın 12. soruya "İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar" verdiği saptanmıştır (Tablo 29).

Fiziksel şiddet belirtileri arasında en düşük (%43.0) doğru cevabın 28. soruya "Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir" verildiği, duygusal şiddet konusundaki en düşük (%11.8) doğru cevabın ise 30. soruya "Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür" verildiği belirlenmiştir (Tablo 29).

Tablo 30. Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Mesleklere Göre Dağılımı

BELİRTİLER		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)	
		n	%	n	%	n	%
1 Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir*	Doğru	185	54.1	49	51.6	82	66.7
	Yanlış	157	45.9	46	48.4	41	33.3
2 Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür *	Doğru	202	59.1	39	41.1	56	45.5
	Yanlış	140	40.9	56	58.9	67	54.5
3 İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikayetleri vardır.	Doğru	273	79.8	75	78.9	93	75.6
	Yanlış	69	20.2	20	21.1	30	24.4
4 Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	Doğru	311	90.9	85	89.5	117	95.1
	Yanlış	31	9.1	10	10.5	6	4.9
5 Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür *	Doğru	285	83.3	81	85.3	114	92.7
	Yanlış	57	16.7	14	14.7	9	7.3
6 Kadının ekstremitelerinde küçük apselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.	Doğru	115	33.6	29	30.5	45	36.6
	Yanlış	227	66.4	66	69.5	78	63.4
7 Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.	Doğru	226	66.1	66	69.5	90	73.2
	Yanlış	116	33.9	29	30.5	33	26.8
8 Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.	Doğru	157	45.9	49	51.6	67	54.5
	Yanlış	185	54.1	46	48.4	56	45.5
9 Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür	Doğru	149	43.6	37	38.9	56	45.5
	Yanlış	193	56.4	58	61.1	67	54.5
10 Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir	Doğru	158	46.2	36	37.9	58	47.2
	Yanlış	184	53.8	59	62.1	65	52.8
11 Kadında sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür	Doğru	55	16.1	25	26.3	22	17.9
	Yanlış	287	83.9	70	73.7	101	82.1
12 İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar	Doğru	296	86.5	86	90.5	108	87.8
	Yanlış	46	13.5	9	9.5	15	12.2
13 İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar	Doğru	197	57.6	59	62.1	58	47.2
	Yanlış	145	42.4	36	37.9	65	52.8
14 İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar *	Doğru	198	57.9	61	64.2	45	36.6
	Yanlış	144	42.1	34	35.8	78	63.4
15 İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını. Tüm	Doğru	96	28.1	22	23.2	21	17.1

<i>ayrıntılarıyla anlatırlar *</i>	Yanlış	246	71.9	73	76.8	102	82.9
16 İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar	Doğru	226	66.1	61	64.2	88	71.5
	Yanlış	116	33.9	34	35.8	35	28.5
17 İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır	Doğru	292	85.4	86	90.5	107	87.0
	Yanlış	50	14.6	9	9.5	16	13.0
18 Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür	Doğru	212	62.0	63	66.3	83	67.5
	Yanlış	130	38.0	32	33.7	40	32.5
19 İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar *	Doğru	176	51.5	58	61.1	78	63.4
	Yanlış	166	48.5	37	38.9	45	36.6
20 İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür	Doğru	210	61.4	61	64.2	75	61.0
	Yanlış	132	38.6	34	35.8	48	39.0
21 Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar düşünülür	Doğru	193	56.4	59	62.1	81	65.9
	Yanlış	149	43.6	36	37.9	42	34.1
22 İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür *	Doğru	240	70.2	74	77.9	106	86.2
	Yanlış	102	29.8	21	22.1	17	13.8
23 İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar	Doğru	149	43.6	42	44.2	55	44.7
	Yanlış	193	56.4	53	55.8	68	55.3
24 Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	Doğru	135	39.5	6	37.9	58	47.2
	Yanlış	207	60.5	59	62.1	65	52.8
25 İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır *	Doğru	233	68.1	69	72.6	100	81.3
	Yanlış	109	31.9	26	27.4	23	18.7
26 Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür *	Doğru	149	43.6	35	36.8	74	60.2
	Yanlış	193	56.4	60	63.2	49	39.8
27 İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır	Doğru	202	59.1	56	58.9	81	65.9
	Yanlış	140	40.9	39	41.1	42	34.1
28 Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir	Doğru	142	41.5	41	43.2	58	47.2
	Yanlış	200	58.5	54	56.8	65	52.8
29 Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür	Doğru	162	47.4	49	51.6	66	53.7
	Yanlış	180	52.6	46	48.4	57	46.3
30 Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür	Doğru	300	87.7	81	85.3	113	91.9
	Yanlış	42	12.3	14	14.7	10	8.1
31 İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar	Doğru	124	36.3	30	31.6	45	36.6
	Yanlış	218	63.7	65	68.4	78	63.4

(p<0.05) İtalik olarak gösterilmiştir.

** Doğru cevaplar koyu renkte gösterilmiştir.

*** Fiziksel Şiddete ait belirtiler italik ve koyu renkte gösterilmiştir.

****Duygusal şiddete ait belirtiler açık renkte gösterilmiştir.

Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Dağılımı incelendiğinde 1., 2., 5., 14., 15., 19., 22. ve 25. sorulara verilen cevaplarda meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). Diğer sorulara verilen cevaplarda meslek grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 30).

1. soruya (*Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerden kaynaklandığı, hekimlerin

vermiş olduğu cevaplarda hemşire ve ebelere göre anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

2. soruya (*Gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hemşirelerden kaynaklandığı, hemşirelerin vermiş olduğu cevaplarda hekim ve ebelere göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

5. soruya (*Kadının vücudunda. farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

14. soruya (*İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerden kaynaklandığı, hekimlerin vermiş olduğu cevaplarda hemşire ve ebelere göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

15. soruya (*İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını. tüm ayrıntılarıyla anlatırlar*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

19. soruya (*İstismar edilen kadınlar. bulundukları yeri. kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

22. soruya (*İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

25. soruya (*Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

26. soruya (*Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür*) verilen cevaplardaki anlamlı farklılığın hekimlerden kaynaklandığı, hekimlerin vermiş olduğu cevaplarda hemşire ve ebelere göre anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.4. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtların İncelenmesi

6.4.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtların Mesleklere Göre İncelenmesi

Tablo 31. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Mesleklere Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Hemşire (n=342)		Ebe (n=95)		Hekim (n=123)		Toplam	
		N	%	n	%	N	%	n	%
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	328	95.9	93	97.9	120	97.6	541	96.6
	Kararsızım	9	2.6	2	2.1	2	1.6	13	2.3
	<u>Katılmıyorum</u>	5	1.5	-	-	1	.8	6	1.1
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	309	90.4	87	91.6	114	92.7	510	91.1
	Kararsızım	23	6.7	6	6.3	7	5.7	36	6.4
	<u>Katılmıyorum</u>	10	2.9	2	2.1	2	1.6	14	2.5
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir.	<u>Katılıyorum</u>	139	40.6	31	32.6	39	31.7	209	37.3
	Kararsızım	109	31.9	35	36.8	40	32.5	184	32.9
	<u>Katılmıyorum</u>	94	27.5	29	30.5	44	35.8	167	29.8
4. Şiddete uğrayan kadına. eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	197	57.6	46	48.4	78	63.4	321	57.3
	Kararsızım	96	28.1	27	28.4	24	19.5	147	26.3
	<u>Katılmıyorum</u>	49	14.3	22	23.2	21	17.1	92	16.4
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	55	16.1	10	10.5	15	12.2	80	14.3
	Kararsızım	75	21.9	19	20.0	20	16.3	114	20.4
	<u>Katılmıyorum</u>	212	62.0	66	69.5	88	71.5	366	65.4
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir *	<u>Katılıyorum</u>	38	11.1	8	8.4	8	6.5	54	9.6
	Kararsızım	64	18.7	20	21.1	12	9.8	96	17.1
	<u>Katılmıyorum</u>	240	70.2	6	70.5	103	83.7	410	73.2
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	65	19.0	13	13.7	35	28.5	113	20.2
	Kararsızım	99	28.9	28	29.5	37	30.1	164	29.3
	<u>Katılmıyorum</u>	178	52.0	54	56.8	51	41.5	283	50.5
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığı" sorulmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	62	18.1	13	13.7	16	13.0	91	16.3
	Kararsızım	61	17.8	13	13.7	14	11.4	88	15.7
	<u>Katılmıyorum</u>	219	64.0	69	72.6	93	75.6	381	68.0
9. Şiddete uğramış kadına. tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılıyorum</u>	104	30.4	21	22.1	33	26.8	158	28.2
	Kararsızım	96	28.1	31	32.6	24	19.5	151	27.0
	<u>Katılmıyorum</u>	142	41.5	43	45.3	66	53.7	251	44.8
10. Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir *	<u>Katılıyorum</u>	96	46.8	38	40.0	40	32.5	238	42.5
	Kararsızım	96	28.1	28	29.5	28	22.8	152	27.1
	<u>Katılmıyorum</u>	86	25.1	29	30.5	55	44.7	170	30.4

* (p< 0.05)

Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır diye sorulduğunda hemşirelerin %95.92'u, ebelerin %97.9'u, hekimlerin %97.6'sı katılıyor diyerek olumlu tutum sergilediklerini belirtmişlerdir. Meslekler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 31).

Hemşirelerin % 90.4'ü, ebelerin %91.6'sı, hekimlerin % 92.7'si kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünmektedirler. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir diye sorulduğunda hemşirelerin %40.6'sı katılıyor diye cevaplayarak olumlu tutumda bulunmuşlardır. Ebelerin %36.8'i kararsız olduklarını, hekimlerin ise %35.8'i katılmadıklarını belirtmişlerdir. Meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir. sorusuna hemşirelerin %57.6'sı, ebelerin %48.4'ü, hekimlerin %63.4'ü katılıyor cevabını vererek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum. diye sorulduğunda; hemşirelerin %62.0'si, ebelerin %69.5'i, hekimlerin %71.5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Kadına yönelik aile içi özel bir sorundur. sağlık çalışanının bu konuya karışması doğru değildir. diye sorulduğunda; hemşirelerin %72.0'ı, ebelerin %70.5'i, hekimlerin ise %83.7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Meslekler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 31).

İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum. diye sorulduğunda; hemşirelerin %52.0'i, ebelerin %56.8'i, hekimlerin %41.5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Şiddete uğramış kadına öncelikle “eşinizi kızdıracak ne yaptığı sorulmalıdır. diye sorulduğunda; hemşirelerin %64.0ı, ebelerin %72.6'sı, hekimlerin %75.6'sı

katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 31).

Şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir. diye sorulduğunda; hemşirelerin %41.5'i. ebelerin %45.3'ü. hekimlerin %53.7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31).

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği. kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir. diye sorulduğunda; hemşirelerin %46.8'i. ebelerin %40.0 katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin ise %44.7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Meslekler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 31).

6.4.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 32 . Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		30 yaş altı (n=261)		30 yaş üstü (n=299)		Test Değeri
		n	%	n	%	
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	250	95.8	291	97.3	$\chi^2:1.227$
	Kararsızım	8	3.1	5	1.7	$p:0.54$
	Katılmıyorum	3	1.1	3	1.0	
2.KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	241	92.3	269	90.0	$\chi^2:1.107$
	Kararsızım	15	5.7	21	7.0	$p:0.58$
	Katılmıyorum	5	1.9	9	3.0	
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir.	<u>Katılıyorum</u>	105	40.2	104	34.8	$\chi^2:1.994$
	Kararsızım	84	32.2	100	33.4	$p:0.37$
	Katılmıyorum	72	27.6	95	31.8	
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	146	55.9	157	58.5	$\chi^2:5.236$
	Kararsızım	79	30.3	68	22.7	$p:0.07$
	Katılmıyorum	36	13.8	56	18.7	
5.KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın	<u>Katılıyorum</u>	41	15.7	39	13.0	$\chi^2:1.644$

kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	Kararsızım	48	18.4	66	22.1	
	<u>Katılmıyorum</u>	172	65.9	194	64.9	<i>p: 0.44</i>
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	Katılıyorum	24	9.2	30	10.0	<i>χ2:0.168</i>
	Kararsızım	46	17.6	50	16.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	191	73.2	219	73.2	<i>p: 0.92</i>
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum.	Katılıyorum	50	19.2	63	21.1	<i>χ2:0.414</i>
	Kararsızım	79	30.3	85	28.4	
	<u>Katılmıyorum</u>	132	50.6	151	50.5	<i>p:0.81</i>
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığı" sorulmalıdır.	Katılıyorum	34	13.0	57	19.1	<i>χ2:3.943</i>
	Kararsızım	44	16.9	44	14.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	183	70.1	198	66.2	<i>P:0.15</i>
9.Şiddete uğramış kadına. tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	Katılıyorum	68	26.1	90	30.1	<i>X2:5.830</i>
	Kararsızım	83	31.8	68	22.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	110	42.1	141	47.2	<i>P:0.054</i>
10.Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir*	Katılıyorum	116	44.4	122	40.8	<i>X2:11.362</i>
	Kararsızım	83	31.8	69	23.1	
	<u>Katılmıyorum</u>	62	23.8	108	36.1	<i>P:0.00</i>

* (p< 0.05)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımına bakıldığına; 30 yaş altı (n=261) ve 30 yaş üstü (n=299) katılımcıların tutum sorularının çoğunluğuna olumlu yanıtlar verdikleri gözlenmektedir(Tablo 32).

Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum sorusuna; 30 yaş altı katılımcıların %65.9'u, 30 yaş üstü katılımcıların %64.9'u katılmıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05) (Tablo 32).

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği. kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna; 30 yaş altı katılımcıların %44.4'ü, 30 yaş üstü katılımcıların %40.8'i katılıyorum diyerek olumsuz tutum sergilemişlerdir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05) (Tablo 32).

Tablo 33. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Erkek		Kadın		Toplam
		(n=134)		(n=426)		
		n	%	n	%	
1.Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır*	<u>Katılıyorum</u>	126	94.0	415	97.4	$\chi^2:6.476$
	Kararsızım	4	3.0	9	2.1	
	<u>Katılmıyorum</u>	4	3.0	2	0.5	$p:0.04$
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	118	92.0	392	92.0	$\chi^2:2.091$
	Kararsızım	12	9.0	24	5.6	
	<u>Katılmıyorum</u>	4	3.0	10	2.3	$p:0.35$
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir*	<u>Katılıyorum</u>	46	34.3	163	38.3	$\chi^2:7.115$
	Kararsızım	36	26.9	148	34.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	52	38.8	115	27.0	$p:0.03$
4. Şiddete uğrayan kadına. eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	69	51.5	252	59.2	$\chi^2:2.539$
	Kararsızım	39	29.1	108	25.4	
	<u>Katılmıyorum</u>	26	19.4	66	15.5	$p:0.28$
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	24	17.9	56	13.1	$\chi^2:1.891$
	Kararsızım	26	19.4	88	20.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	84	62.7	282	66.2	$p:0.39$
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	<u>Katılıyorum</u>	17	12.7	37	8.7	$\chi^2:1.974$
	Kararsızım	21	15.7	75	17.6	
	<u>Katılmıyorum</u>	96	71.6	314	73.7	$p:0.37$
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum*	<u>Katılıyorum</u>	41	30.6	72	16.9	$\chi^2:12.667$
	Kararsızım	38	28.4	126	29.6	
	<u>Katılmıyorum</u>	55	41.0	228	53.5	$p:0.00$
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle “eşinizi kızdıracak ne yaptığı” sorulmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	27	20.1	64	15.0	$\chi^2:2.033$
	Kararsızım	21	15.7	67	15.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	86	64.2	295	68.2	$p:0.36$
9. Şiddete uğramış kadına. tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılıyorum</u>	39	29.1	119	27.9	$\chi^2:0.096$
	Kararsızım	35	26.1	116	27.2	
	<u>Katılmıyorum</u>	60	44.8	191	44.8	$p:0.95$
10.Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir.	<u>Katılıyorum</u>	52	38.8	186	43.7	$\chi^2:2.501$
	Kararsızım	34	25.4	118	27.7	
	<u>Katılmıyorum</u>	48	35.8	122	28.6	$p:0.28$

* ($p < 0.05$)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkek ve kadın katılımcılar arasında bazı sorular üzerinde anlamlı farklılıklara rastlanmıştır (Tablo 33).

Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır. diye sorulduğunda erkek katılımcıların %94.0 ve kadın katılımcıların %97.4'ü katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 33).

Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir. sorusuna erkek katılımcıların %38.8'i katılmadıklarını belirterek olumsuz tutum sergilerken, kadın katılımcıların %38.3'ü katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 33).

İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum. sorusuna erkek katılımcıların % 41.0 ve kadın katılımcıların %53.5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 33).

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir. sorusuna erkek katılımcıların %38.8'i, kadın katılımcıların %43.7'si katılıyorum diyerek olumsuz tutumda bulunmuşlardır. Gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 33).

Tablo 34. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Evli (n=402)		Bekar (n=158)		Test Değeri
		n	%	n	%	
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	<u>Katılıyorum</u>	386	96.0	155	98.1	$X^2: 2.578$ $p:0.27$
	Kararsızım	10	2.5	3	1.9	
	Katılmıyorum	6	1.5	0	0.0	
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum*	<u>Katılıyorum</u>	358	89.1	152	96.2	$X^2:7.177$ $p:0.03$
	Kararsızım	32	8.0	4	2.5	
	Katılmıyorum	12	3.0	2	1.3	
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir	<u>Katılıyorum</u>	143	35.6	66	41.8	$X^2:5.271$ $p:0.07$
	Kararsızım	128	31.8	56	35.4	
	Katılmıyorum	131	32.6	36	22.8	
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	230	57.2	91	57.6	$X^2:0.134$ $P:0.93$
	Kararsızım	107	26.6	40	25.3	
	Katılmıyorum	65	16.2	27	17.1	
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	59	14.7	21	13.3	$X^2:1.920$ $P:0.38$
	Kararsızım	87	21.6	27	17.1	
	<u>Katılmıyorum</u>	256	63.7	110	69.6	
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	<u>Katılıyorum</u>	42	10.4	12	7.6	$X^2:3.121$ $P:0.210$
	Kararsızım	74	18.4	22	13.9	
	<u>Katılmıyorum</u>	286	71.1	124	78.5	
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanının olmayacağını	<u>Katılıyorum</u>	88	21.9	25	15.8	$X^2:2.662$
	Kararsızım	114	28.4	50	31.6	

düşünüyorum	<u>Katılmıyorum</u>	200	49.8	83	52.5	<i>P:0.26</i>
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle	Katılıyorum	69	17.2	22	13.9	<i>X2:1.034</i>
“eşinizi kızdıracak ne yaptığı”	Kararsızım	64	15.9	24	15.2	
sorulmalıdır.	<u>Katılmıyorum</u>	269	66.9	112	70.9	<i>P:0.60</i>
9. Şiddete uğramış kadına, tartışmaya	Katılıyorum	112	27.9	46	29.1	<i>X2:0.283</i>
yol açan davranışlarda bulunmamasını	Kararsızım	107	26.6	44	27.8	
önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılmıyorum</u>	183	45.5	68	43.0	<i>P :0.87</i>
10.Şiddete uğradığını bildiren kadının	Katılıyorum	183	45.5	55	34.8	<i>X2:7.106</i>
doğru söyleyip söylemediği eşiyle	Kararsızım	98	24.4	54	34.2	
birlikte dinlenerek anlaşılabilir*	<u>Katılmıyorum</u>	121	30.1	49	31.0	<i>p:0.03</i>

* (p< 0.05)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların medeni duruma göre dağılımına bakıldığında evli ve bekar katılımcılar arasında bazı sorularda anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (Tablo 34) .

Evli katılımcıların %89.1'i. bekar katılımcıların %96.2'si kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğuna katıldıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Evli ve bekar katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p<0.05) (Tablo 34).

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği. kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna; evli katılımcıların %45.5'i bekar katılımcıların %34.8'i katılıyorum şeklinde cevap vererek olumsuz tutumda bulunmuşlardır. Katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p<0.05) (Tablo 34).

Tablo 35. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Çocuk Sahibi Olmaya Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Çocuk Var (n=351)		Çocuk Yok (n=209)		Test Değeri
		n	%	n	%	
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	<u>Katılıyorum</u>	341	97.2	200	95.7	$\chi^2: 1.587$
	Kararsızım	6	1.7	7	3.3	$p: 0.45$
	Katılmıyorum	4	1.1	2	1.0	
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum*	<u>Katılıyorum</u>	313	89.2	197	94.2	$\chi^2: 6.527$
	Kararsızım	25	7.1	11	5.3	
	Katılmıyorum	13	3.7	1	0.5	$p: 0.04$
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir	<u>Katılıyorum</u>	124	35.3	85	40.7	$\chi^2: 1.793$
	Kararsızım	117	33.3	67	32.1	
	Katılmıyorum	110	31.3	57	27.3	$p: 0.41$
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	201	57.3	120	57.4	$\chi^2: 0.006$
	Kararsızım	92	26.2	55	26.3	
	Katılmıyorum	58	16.5	34	16.3	$p: 0.99$
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	50	14.2	30	14.4	$\chi^2: 2.087$
	Kararsızım	78	22.2	36	17.2	
	Katılmıyorum	223	63.5	143	68.4	$p: 0.35$
6. KYŞ, aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	<u>Katılıyorum</u>	37	10.5	17	8.1	$\chi^2: 2.490$
	Kararsızım	65	18.5	31	14.8	
	Katılmıyorum	249	70.9	161	77.0	$p: 0.29$
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum	<u>Katılıyorum</u>	74	21.1	39	18.7	$\chi^2: 0.483$
	Kararsızım	102	29.1	62	29.7	
	Katılmıyorum	175	49.9	108	51.7	$p: 0.79$
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığınız" sorulmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	61	17.4	30	14.4	$\chi^2: 1.229$
	Kararsızım	52	14.8	36	17.2	
	Katılmıyorum	238	67.8	143	68.4	$p: 0.54$
9. Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılıyorum</u>	96	27.4	62	29.7	$\chi^2: 0.374$
	Kararsızım	95	27.1	56	26.8	
	Katılmıyorum	160	45.6	91	43.5	$p: 0.83$
10. Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir	<u>Katılıyorum</u>	151	43.0	87	41.6	$\chi^2: 1.663$
	Kararsızım	89	25.4	63	30.1	
	Katılmıyorum	111	31.6	59	28.2	$p: 0.44$

* ($p < 0.05$)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımına bakıldığında; çocuk sahibi olanların (n=351) %89.2'si, çocuk sahibi olmayanların (n=209) %94.2'i kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Diğer sorularda çocuk sahibi olayla ilgili anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 35).

6.4.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtların Deneyim ve Mesleki Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 36. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Şiddet Olgusu ile karşılaşmaya Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Karşılaşmış (n=395)		Karşılaşmamış (n=165)		Test Değeri
		n	%	n	%	
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	<u>Katılıyorum</u>	384	97.2	157	95.2	$\chi^2: 1.775$
	Kararsızım	8	2.0	5	3.0	$P:0.41$
	Katılmıyorum	3	0.8	3	1.8	
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum	<u>Katılıyorum</u>	362	91.6	148	89.7	$\chi^2:0.819$
	Kararsızım	23	5.8	13	7.9	$P:0.66$
	Katılmıyorum	10	2.5	4	2.4	
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir	<u>Katılıyorum</u>	143	36.2	66	40.0	$\chi^2:1.247$
	Kararsızım	129	32.7	55	33.3	$P:0.54$
	Katılmıyorum	123	31.1	44	26.7	
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	223	56.5	98	59.4	$\chi^2:1.633$
	Kararsızım	102	25.8	45	27.3	$P:0.44$
	Katılmıyorum	70	17.7	22	13.3	
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	52	13.2	28	17.0	$\chi^2:1.712$
	Kararsızım	79	20.0	35	21.2	$P:0.43$
	<u>Katılmıyorum</u>	264	66.8	102	61.8	
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir*.	<u>Katılıyorum</u>	33	8.4	21	12.7	$\chi^2:14.310$
	Kararsızım	55	13.9	41	24.8	$P:0.00$
	<u>Katılmıyorum</u>	307	77.7	103	62.4	
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum	<u>Katılıyorum</u>	78	19.7	35	21.1	$\chi^2:0.661$
	Kararsızım	113	28.6	51	30.9	$P:0.72$
	<u>Katılmıyorum</u>	204	51.6	79	47.9	
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığı" sorulmalıdır*.	<u>Katılıyorum</u>	56	14.2	35	21.2	$\chi^2:14.931$
	Kararsızım	51	12.9	37	22.4	$P:0.00$
	<u>Katılmıyorum</u>	288	72.9	93	56.4	
9. Şiddete uğramış kadına. tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir*	<u>Katılıyorum</u>	96	24.3	62	37.6	$\chi^2:13.647$
	Kararsızım	104	26.3	47	28.5	$P:0.00$
	<u>Katılmıyorum</u>	195	49.4	56	33.9	
10. Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir*	<u>Katılıyorum</u>	149	37.7	89	53.9	$\chi^2:14.01$
	Kararsızım	111	28.1	41	24.8	$P:0.00$
	<u>Katılmıyorum</u>	135	34.2	35	21.2	

* (p< 0.05)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların şiddet olgusu ile karşılaşma durumuna göre dağılıma bakıldığında; kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmış katılımcıların, kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmamış katılımcılarla arasında anlamlı düzeyde farklılıklara rastlanmıştır (Tablo 36).

Şiddet olgusu ile karşılaşanların %77.7'si karşılaşmayanların %62.4'ü kadına yönelik şiddet aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir sorusuna katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Katılımcılar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 36).

Şiddete uğramış kadına “eşinizi kızdıracak ne yaptığı” sorulmalıdır. sorusuna olgu ile karşılaşanların %72.9'u olgu ile karşılaşmayanların %56.4'ü katılmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 36).

Olgu ile karşılaşanların %49.4'ü. karşılaşmayanların %33.9'u şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir sorusuna katılmadıklarını belirtmişlerdir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 36).

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği. kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir. sorusuna olgu ile karşılaşmış katılımcıların %37.7'si. olgu ile karşılaşmamış katılımcıların 53.9'u katıldıklarını belirterek olumsuz tutum sergilemişlerdir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 36).

Tablo 37. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Mezuniyet Öncesi Eğitim Almış Olmaya Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		Eğitim Almış (n=81)		Eğitim Almamış (n=479)		Test Değeri
		n	%	n	%	
1.Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	<u>Katılıyorum</u>	80	98.8	461	96.2	$\chi^2:2.268$
	Kararsızım	0	0.0	13	2.7	$p:0.32$
	Katılmıyorum	1	1.2	5	1.0	
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum	<u>Katılıyorum</u>	78	96.3	432	90.2	$\chi^2:4.258$
	Kararsızım	1	1.2	35	7.3	$p:0.12$
	Katılmıyorum	2	2.5	12	2.5	
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir	<u>Katılıyorum</u>	35	43.2	174	36.3	$\chi^2:1.518$
	Kararsızım	23	28.4	161	33.6	$p:0.47$
	Katılmıyorum	23	28.4	144	30.1	
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	50	61.7	271	56.6	$\chi^2:1.262$
	Kararsızım	17	21.0	130	27.1	$p:0.51$
	Katılmıyorum	14	17.3	78	16.3	
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	<u>Katılıyorum</u>	10	12.3	70	14.6	$\chi^2:2.490$
	Kararsızım	12	14.8	102	21.3	$p:0.29$
	<u>Katılmıyorum</u>	59	72.8	307	64.1	
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	<u>Katılıyorum</u>	8	9.9	46	9.6	$\chi^2:1.546$
	Kararsızım	10	12.3	86	18.0	$p: 0.46$
	<u>Katılmıyorum</u>	63	77.8	347	72.4	
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum	<u>Katılıyorum</u>	16	19.8	97	20.3	$\chi^2:0.114$
	Kararsızım	25	30.9	139	29.0	$p:0.95$
	<u>Katılmıyorum</u>	40	49.4	243	50.7	
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığınız" sorulmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	12	14.8	79	16.5	$\chi^2:0.269$
	Kararsızım	14	17.3	74	15.4	$p:0.87$
	<u>Katılmıyorum</u>	55	67.9	326	68.1	
9. Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılıyorum</u>	18	22.2	140	29.2	$\chi^2:5.486$
	Kararsızım	17	21.0	134	28.0	$p: 0.06$
	<u>Katılmıyorum</u>	46	56.8	205	42.8	
10.Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir	<u>Katılıyorum</u>	35	43.2	203	42.4	$\chi^2:0.762$
	Kararsızım	19	23.5	133	27.8	$P:0.68$
	<u>Katılmıyorum</u>	27	33.3	143	29.9	

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almış olma durumuna göre bakıldığında; eğitim almış katılımcılarla (n=81). eğitim almamış katılımcılar (n=479) arasında anlamlı düzeyde farklılıklara rastlanmamıştır (p>0.05) (Tablo 37)

Tablo 38. Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verilen Cevapların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Tutuma ilişkin Sorular		1 yıldan az (n=55)		1-2 yıl (n=35)		3-5 yıl (n=51)		6 yıl ve üzeri (n=419)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	<u>Katılıyorum</u>	54	98.2	34	97.1	51	100.0	402	95.9
	Kararsızım	1	1.8	0	0.0	0	0.0	12	2.9
	<u>Katılmıyorum</u>	0	0.0	1	2.9	0	0.0	5	1.2
2. KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum*	<u>Katılıyorum</u>	46	83.6	35	100.0	50	98.0	379	90.5
	Kararsızım	5	9.1	0	0.0	1	2.0	30	7.2
	<u>Katılmıyorum</u>	4	7.3	0	0.0	0	0.0	10	2.4
3. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir	<u>Katılıyorum</u>	20	36.4	17	48.6	25	49.0	147	35.1
	Kararsızım	19	24.5	13	37.1	16	31.4	136	32.5
	<u>Katılmıyorum</u>	16	29.1	5	14.3	10	19.6	136	32.5
4. Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	<u>Katılıyorum</u>	32	58.2	22	62.9	33	64.7	234	55.8
	Kararsızım	13	23.6	9	25.7	15	29.4	110	26.3
	<u>Katılmıyorum</u>	10	18.2	4	11.4	3	5.9	75	17.9
5. KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum*.	<u>Katılıyorum</u>	6	10.9	2	5.7	12	23.5	60	14.3
	Kararsızım	6	10.9	11	31.4	7	13.7	90	21.5
	<u>Katılmıyorum</u>	43	78.2	22	62.9	32	62.8	269	62.2
6. KYŞ. aile içi özel bir sorundur. sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.	<u>Katılıyorum</u>	6	10.9	2	5.7	7	13.7	39	9.3
	Kararsızım	9	16.4	6	17.1	3	5.9	78	18.6
	<u>Katılmıyorum</u>	40	72.7	27	77.1	41	80.4	302	72.1
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum*	<u>Katılıyorum</u>	3	5.5	7	20.0	9	17.6	94	22.4
	Kararsızım	23	41.8	15	42.9	11	21.6	115	27.4
	<u>Katılmıyorum</u>	29	52.7	13	37.1	31	60.8	210	50.1
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığı" sorulmalıdır.	<u>Katılıyorum</u>	4	7.3	6	17.1	12	23.5	69	16.5
	Kararsızım	12	21.8	4	11.4	3	5.9	69	16.5
	<u>Katılmıyorum</u>	39	70.9	25	71.4	36	70.6	281	67.1
9. Şiddete uğramış kadına. tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.	<u>Katılıyorum</u>	19	34.5	11	31.4	11	21.6	117	27.9
	Kararsızım	17	30.9	9	25.7	19	37.3	106	25.3
	<u>Katılmıyorum</u>	19	34.5	15	42.9	21	41.2	196	46.8
10. Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir	<u>Katılıyorum</u>	25	45.5	15	42.9	21	41.2	177	42.2
	Kararsızım	19	34.5	13	37.1	16	31.4	104	24.8
	<u>Katılmıyorum</u>	11	20.0	7	20.0	14	27.5	138	32.9

* (p< 0.05)

Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların çalışma sürelerine göre dağılımına bakıldığında 2.5. ve 7. sorulara verilen cevaplarda çalışma sürelerine göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 38).

Katılımcılardan 1 yıldan az çalışanların %83.6'sı, 1-2 yıl arası çalışanların %100.0'ü, 3-5 yıl arası çalışanların %98.0'i, 6 yıl ve üzeri çalışanların %90.5'i kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 38).

Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının(kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum sorusuna; 1 yıldan az çalışanların %78.2'si, 1-2 yıl arası çalışanların %62.9'u, 3-5 yıl arası çalışanların %62.8'i, 6 yıl ve üzeri çalışanların %62.2'si katılmadıklarını bildirmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır($p<0.05$)(Tablo 38).

Katılımcılardan 1 yıldan az çalışanların %52.7'si, 1-2 yıl arası çalışanların %37.1'i, 3-5 yıl arası çalışanların %60.8'i, 6 yıl ve üzeri çalışanların %50.1'i iş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum sorusuna katılmadıklarını belirtmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 38).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Eğitim ve Deneyimlerinin İncelenmesi

7.1.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Eğitim Durumlarının İncelenmesi

Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim alma durumuna bakıldığında; hemşirelerin %84.8'i, ebelerin %92.6'sı ve hekimlerin %82.1'i gibi büyük çoğunluğunun eğitim almadıkları ortaya çıkmıştır. Mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliği sorgulandığında, hemşirelerin %63.1'i, ebelerin %57.2'si ve hekimlerin %67.9'u aldıkları eğitimi yeterli veya kısmen yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Tablo 3 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda yeterli eğitim almadıkları görülmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da hemşire ve ebelerin mesleki eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıkları görülmektedir. Arabacı ve Karadağlı'nın (2003) çalışmasında, İzmir ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebelerin %92.9'u mesleki eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Akan, Fındıklı, Alaysa ve Gökçakıroğlu'nun (2008), Mersin ilinde yaptıkları benzer bir çalışmada, hemşire ve ebelerin %71.1'inin mezuniyet öncesinde kadına yönelik şiddetle ilgili yeterli eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. ABD'de hemşirelerin mesleki eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda ülkemize göre daha iyi oranda eğitim aldıkları görülmektedir. Hinderliter, Doughty, Delaney, Pitula ve Campbell (2003), 577 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %77.9'u hemşirelik eğitimi süresince resmi olarak kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmalar hekimlerin de mesleki eğitimlerinde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmediğini göstermektedir. Çolak, Yaycı ve İnanıcı (2001) Türkiye'de adli tıp eğitiminin durumunu değerlendirmek için Adli Tıp Anabilim Dalı bulunan 23 tıp fakültesinde yaptıkları çalışmada; fakültelerin eğitim programlarının

%45'inde aile içi şiddet konusunun yer almadığı saptanmıştır. Günaydın, Demirci, Doğan, Aynacı ve Deniz'in (2008), Konya ilinde yaptıkları çalışmada ise hekimlerin %3.5'inin mezuniyet öncesinde hiç adli tıp eğitimi almadıklarını, %81.7'sininde aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir. Morrison, Allan ve Grunfeld (2000) kadın doğum uzmanlarına yönelik bir çalışmada, ankete cevap verenlerden %30'unun tıp eğitimleri boyunca aile içi şiddet konusunda eğitim aldıkları, %37'sinin böyle bir eğitimi ihtisas dönemlerinde ve %67'sinin devam eden eğitim dönemlerinde aldıklarını bildirmişlerdir. Varvaro ve Gesmond (2008), çalışmada ABD'de hekimlerin %65'i aile içi şiddet konusunda daha önce eğitim almamış olduklarını bildirmişlerdir. Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen ve MacMillan (2007)'ın, Kanada'da 597 hemşire ve 328 hekim üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların %61'i aile içi şiddet konusunda hiçbir resmi eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Kanada'da genelde üniversitelerin hemşirelik programlarının %83'ünde ve medikal programların %43'ünde asgari düzeyde aile içi şiddet konusu ile ilgili eğitim verilmektedir.

Araştırma sonucu ve yapılan benzer çalışmalar, bütün dünyadaki sağlık çalışanı yetiştiren okulların çoğunda şiddet konusuna ya hiç yer verilmemekte ya da çok az yer verilmekte olduğunu gösterirken, hemşire, ebe ve hekimlerin çoğunluğunun yeterli resmi eğitim almadıkları ortaya çıkmaktadır. Toplumsal bir sorun olan aile içi şiddetin önlenmesi için, kadına yönelik şiddet olgularını ilk gören sağlık personelinin konu hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve bu konuda duyarlı davranabilmesi için mesleki eğitimlerinde kadına yönelik şiddet konusunun daha çok yer alması gerektiği düşünülmektedir.

Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alınması hemşirelerde %0.9 oranında, ebelerde %2.1 oranında ve hekimlerde ise %2.4 olduğu saptanmıştır. Alınan sertifikalı eğitimin yeterliliği sorgulandığında ise; sertifikalı eğitim alan toplam 8 kişiden sadece 4 kişi eğitimi yeterli bulmuştur (Tablo 3). Sağlık çalışanlarına mezuniyet sonrası verilen kadına yönelik şiddet konusundaki sertifikalı eğitimin çok yetersiz olduğu görülmektedir. Akan ve ark. (2008) çalışmada, hemşire ve ebelerin büyük bir kısmının iş hayatı boyunca şiddetle ilgili bir eğitim programlarına katılmadıkları saptanmıştır. Othman ve ark. (2008) Malezya'da yaptıkları benzer çalışmada ise hekimlerin sadece %20'si ve hemşirelerin %6.8'i geçmişte herhangi

bir eğitim programına katıldıklarını belirtmişlerdir. Bessette ve Peterson (2002) ABD’de yaptıkları çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %70’i şiddet mağduru kadınların tanımlama ve bakımı için eğitimlerin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Kocaer’in (2006) İstanbul ilinde yapmış olduğu bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun çocuk istismarı ve ihmeline yönelik mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim almadıklarını belirtmiştir. Arabacı ve Karadağlı (2006) çalışmasında; hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusuyla ilgili bilgi almaya (%66.9) gereksinim duydukları ortaya çıkmıştır.

Hemşire, ebe ve hekimlerin, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde her türlü şiddete uğrayan kadınlara yaklaşımı konusunda eğitilmeleri önemlidir. Ayrıca mezuniyet sonrası eğitimlerle bu konu canlı tutulmalı eğitimciler de eğitilmelidir (Gürsoy 2008). Sağlık çalışanlarının şiddet mağduru ve risk altındaki kadınlara yaklaşımda; iletişim problemleri, şiddet mağdurlarını tanıyamama, mesleki yetki ve sorumlulukların yeterince bilinmemesi, yasal düzenlemelerle ilgili bilgi eksikliği gibi nedenlerle yetersiz oldukları bilinmektedir. Bu yetersizliklerin giderilmesi ve şiddet mağdurlarına yardımcı olabilmeleri amacıyla ülke genelinde 75.000 sağlık çalışanına eğitim vermek amacıyla bakanlıklar arasında “Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Projesi Protokolü” imzalanmıştır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008). Tüm sağlık çalışanlarına verilmesi planlanan bu eğitim projesi, kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi, ilgi ve farkındalık düzeyinin artması hususunda sevindirici bir gelişmedir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rollerini bilmeleri açısından bu eğitim programına yeterli düzeyde katılımları umut edilmektedir.

7.1.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin İş Yaşamında Mesleki Deneyimlerinin İncelenmesi

Kadına yönelik şiddete ilişkin prosedür/talimat varlığı konusunda katılımcılardan sadece %6,3’ü çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddetle ilgili prosedür/talimat olduğunu belirtirken, hemşirelerin %95,9’u, ebelerin %91.5’i ve hekimlerin %89.4’ü prosedür/talimatın olup olmadığını bilmediğini veya olmadığını

belirtmişlerdir (Tablo 4). Benzer bir çalışmada Kocaer (2006), çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığı konusunda hekimlerin %58.9'u ve hemşirelerin de %65.2'sinin hayır cevabını verdiklerini bildirmiştir. Akan ve ark. (2008) çalışmasında ise hemşire ve ebelerin %40.9'u çalıştıkları kurumun şiddet konusunda başka bir kurumla işbirliği içinde olmadığını bildirmişlerdir. Polat (2005) , şiddet kurbanları ile çalışan doktorların çoğunlukla, yaptıkları işin kurumları ve meslektaşları tarafından diğer tip klinik müdahalelerden daha az değerde görüldüğü düşüncesinde olduklarını bildirmiştir. Sağlık birimlerinde istismara yönelik düzenlenmiş pek çok program kendilerini bu konuya adanmış kişilerin çalışmaları olduğunu vurgulamıştır. Ne yazık ki başlatılan bu çalışmaların nadiren kurumun politikası haline geldiği ve anahtar konumundaki bu liderlerin kurumdan ayrılmaları ile pek çok program ivme kaybettiği ve hatta sona ermekte olduğu belirtilmektedir.

Kadına yönelik şiddete ilişkin sağlık kurumlarında talimat ya da prosedürün sadece %6.3 gibi bir oranda olması, sağlık hizmetlerinin yürütülmesine yönelik politikaların kadına yönelik şiddet konusundaki yaklaşımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İş yaşamında kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma durumuna göre hemşirelerin %64.9'unun, ebelerin %69.5'inin, hekimlerin %87.0'ı kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıkları görülürken (Tablo 5); Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında, hemşire ve ebelerin %67.5'i kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. İki çalışmada da hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddeti tanılama oranlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Hemşirelik ve ebelik eğitim sürecinde kadına yönelik şiddet konusuna yeterli düzeyde yer verilmediğinden, hemşire ve ebelerin şiddeti tanımlarken yetersiz bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir.

Şen, Egelioglu, Kavlak ve Sevil'in (2008) çalışmasında, sağlık çalışanlarının %68.3'ü meslek yaşamı boyunca en az bir kez şiddete uğramış bir gebe ile karşılaştığını bildirmiştir. Akan ve ark. (2008) çalışmasında, ebe ve hemşirelerin, %36.6'sı şiddeti fiziksel ve psikolojik güç kullanma şeklinde tanımlarken, %26'sı ise şiddeti tanımlayamadıklarını bildirmişlerdir. Arabacı ve Uysalın (2008)

çalışmasında, sağlık çalışanlarının %66.7'si çalışma yaşamları boyunca en az bir kez aile içi şiddet olayı ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

Gutmanis ve ark. (2007) Kanada'da 597 hemşire ve 328 hekim üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların %50'si bir arkadaşlarının veya akrabalarının istismar ile ilgili tecrübesi olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada, hekimlerin özellikle klinik acil hekimlerinin ve kendi alanlarında 10 yıldan az çalışmış hekimlerin konuyu hemşirelere oranla istismarı daha fazla ortaya çıkardıklarını bildirmişlerdir. Othman ve ark.(2008) Malezya'da yaptıkları çalışmada, hekimlerin %62 si ve hemşirelerin %66.9u hastalarında ev içi şiddetin çok nadir veya nadir bir oranda olduğunu fark etmiş, hekimlerin %68.9 gibi bir oranı hastalarına aile içi şiddetle ilgili sorular sorduğunu, %26.2 sinin ise hiçbir şekilde bu konuyla ilgili soru sormadığını bildirmiştir. Othman ve ark. (2008) çalışmasında; hekimlerin %77'si ve hemşirelerin %63.6'sı en az bir kere hastalarının aile içi şiddete maruz kaldığını anlamış ve geçmiş bir yılda en az bir kere şiddete maruz kalan kadın tespit ettiğini saptamış olduğunu bildirmiştir. Hekimlerin %86.7'si, hemşirelerin %74'ü ev içi şiddetin belirlenmesinde ve yönetilmesinde kendi rollerini olduğunu bildirmişlerdir. Morrison ve ark. (2000) Kanada'da acil servise başvuran 302 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, şiddet üzerine direkt sorgulamayla geçmiş ya da şimdiki şiddet kurbanlarını bulma oranları %0.4 oranından %7.6'ya yükseldiği belirtilmiştir. Hastaların sadece %1.3'ünün direk soruları cevaplamayı reddettiğini bildirmişlerdir. Yapılan bu çalışmada hastaların acil servise başvuru şikayetlerinin sadece %9.1'i fiziksel yaralar büyük çoğunluğun ise tıbbi ve psikiyatrik şikayetler olduğu belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddet semptomları ve bulguları hastanın durumunun olası sorumlusu olduğundan şiddetten şüphe etmek ve şiddeti tanımlamak için dikkatli ve bilinçli olmayı gerektirdiğini bildirmişlerdir. Krantz ve ark. (2005) Vietnam'da sağlık çalışanları ile odak grup görüşmesi olarak yaptıkları çalışmaya göre; hekimlerin şiddetin varlığını bildikleri hatta kınadıkları halde, harekete geçmek için isteksiz olduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin aile içi şiddetin kendi uygulama ve alanlarındaki yaygınlığı konusunda bilgilendirilmemiş oldukları bildirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında; hekimlerin (%87.0), hemşire ve ebelere göre kadına yönelik şiddet olgusu ile daha çok karşılaştıkları ve daha çok olgu

saptamış oldukları görülmektedir (Tablo 5). Hekimlerin, hemşire ve ebelere göre daha çok şiddet olgusu tanılamalarının; Kanada, Malezya ve Vietnamlar'da yapılan çalışmalarda da aynı olduğu görülmektedir. Bu durumun evrensel tıp eğitiminden kaynaklandığı ve hekimlerin eğitiminde kadına yönelik şiddet konusunda diğer sağlık çalışanlarının eğitime göre göreceli olarak daha iyi yer verildiği düşünülmektedir.

İş yaşamında kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşan katılımcıların, olguları değerlendirirken; hemşirelerin %58.8'i, ebelerin %59.2'si, hekimlerin ise %79.7'si kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin %90.5'i, ebelerin %87.9'u, hekimlerin de %91.6'sının kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaştıklarında zorlandıklarını ve kendilerini yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) benzer bir çalışmasında ise hemşire ve ebelerin, %44.8'i kadına yönelik şiddet konusuna ilişkin kendisini kısmen yeterli, %28.6'sı yeterli-çok yeterli bulduğunu ve %26.6'sı yeterli bulmadığını-hiç yeterli bulmadığını belirtmiştir. Şiddet olgusu ile karşılaştıklarında hemşire ve ebelerin, %28.8'i karşılaştıkları olgularda şiddete maruz kalan kişiyi bilgilendirdiğini, %26.9'u psikolojik olarak rahatlattığını, %1.9'u tedavisini yaptırdığını ve %11.6'sı hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir. Arabacı ve Karadağlı'ya (2006) göre, hemşire ve ebelerin yarısından fazlasının (%57.6) karşılaştıkları şiddet olgularına müdahale etmelerine karşın, %11.6'sının hiçbir şey yapmamasında, konuya ilişkin mesleki bilgi eksikliklerinin yanı sıra, şiddet olgularına yaklaşımda yasal ve sağlık sistemine ilişkin hizmet organizasyonlarının yetersizliğinin de etkili olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcıların; medeni durumları, çalışma süreleri, karşılaşılan olgu sayısı, eğitim alma durumları, gibi değişkenlerle olguları değerlendirmede, zorlanma ve kendilerini yetersiz hissetmeleri arasında anlamlı ilişki bulunamamışken (Tablo 7), Hinderliter ve ark.(2003) yaptığı çalışmada kadına yönelik şiddete ilişkin alınan eğitim ile ortaya çıkarılan kadına karşı şiddet vakaları arasında ilişki olduğu saptanmış, hemşirelerin %70'i 1-5 saat arası, %20'si 5-10 saat arası ve %10'u da 11 ve daha fazla ders aldıklarını belirtmişlerdir. Kadına yönelik şiddetle ilgili hiç eğitim almayan hemşirelerin yeterince bilgili olmadıklarından muayene sırasında bundan rahatsızlık duydukları bildirilmektedir. Hemşirelerin yaklaşık olarak %43'ünün

evrensel bir davranış olarak kabul edilen kadın hastalara aile içi şiddet hakkında soru sordukları ifade edilmektedir. Katılımcıların % 17.8'i hiç kadına yönelik şiddet tanımlayamadığı, % 57.7'si 1-4 olgu, % 14.2'si 5-10 olgu tanımladığı ve % 10.3'ü bir yıl içinde 10 ve üzeri olgu tanımladığı bildirilmektedir.

Hemşire, ebe ve hekimler araştırmada en sık öykü almada ve rapor etme / yasal süreç aşamalarında kendilerini yetersiz hissettikleri ve zorlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6). Akan ve ark. (2008) çalışmasında, ebe ve hemşirelerin %62.4'ünün şiddet konusunda bilgisi olmadığını bildirmişlerdir. Şen ve ark. (2008) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %37.8'i kadına konuşup nerelere başvuracağı konusunda bilgi verdiğini, %22'si durumu adli makamlara/polise, %18.3'ü sosyal hizmet uzmanına bildirdiğini saptamıştır. Arabacı ve Uysal'ın (2008) çalışmasında sağlık çalışanlarının %65'i, karşılaşılan şiddet olayı karşısında "herhangi bir şey yapmadığını" bildirmişlerdir.

Literatür çalışmalarına bakıldığında; sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlamak ve ortaya çıkarmak için çeşitli engellerden bahsedilmektedir. Krasnoff ve Moscati (2002) çalışmasında, kadına karşı eş ve partner şiddetini gözlemlene engelleri olarak sağlık çalışanlarının eğitim yetersizliği, zaman sınırlaması nedeniyle değerlendiremediklerini belirtmiştir. Çalışanların aynı zamanda hastayı gücendirmekten korktukları ve hastaların gözlem sorularını doğru şekilde cevaplandıramamasından endişelendikleri belirtilmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının yeterli kaynak eksikliği, birçok şiddet gören kadının saldırgan adama dönmesinin ve onunla kalmasının ilk sebebi olduğu vurgulanmıştır. Lynch ve Campell'e (2006) göre, ABD'de eş ve partner kurbanları hiç istismara uğramamış kadınlara göre hastaneleri 8 kat daha fazla ziyaret ettikleri, ancak bu kadınların yaklaşık %10'u "istismara uğramış" diye belirtildiği bildirilmiştir. Bu durum sağlık çalışanlarının bilgi, eğitim yetersizliğine ve doğru soruları sorma gönülsüzlüğüne bağlanmıştır. Sağlık çalışanlarının çoğu kez eş ve partner şiddetine müdahale etmekte tereddüt etmekte olduğu bildirilmektedir. Othman ve ark. (2008) çalışmasına göre; yetersiz kalma ve zorlanma konusundaki engellerin, hekimlerin % 65.6'sında zamanın azlığı, % 52.5'inde hastaları incitmeden korkmak, % 32.8'inde soruları nasıl soracağından emin olamama olduğu saptanmıştır. Hastasını incitmekten korkan

hemşirelerin oranı % 30 oranında olduğu, hekimlerin % 6.6'sı, hemşirelerin % 17.8'i aile içi şiddeti sorarken kendi güvenlikleriyle ilgilendikleri bildirilmiştir.

Polat'a (2005) göre, çoğu ülkede, doktorlar ve hemşireler, açıkça görülen istismar işaretleri olması durumunda bile kadınlara istismara maruz kalıp kalmadıklarını nadir olarak sormaktadırlar. Nasıl hareket edilmesi gerektiğine ilişkin kurallar belirleyen sağlık hizmeti birimleri sıklıkla bunların takibini yapmamakta ve uygulanmalarını zorunlu kılmamaktadır. Doktorlar, daha iyi bakım vermede, çoğunlukla, kendilerinin değil, hastalarının birer engel oluşturduğundan söz etmektedirler. Etkin şekilde konunun üzerine gidilmesinin önünde duran en büyük engellerden biri sağlık çalışanlarının teknik yetersizliği, kültürel kalıp yargılar ve olumsuz toplumsal tutumlar ve kurumsal kısıtlamalardır. Sağlık çalışanları kadınlara maruz kaldıkları şiddet olgusu hakkında çoğunlukla soru sormazlar; çünkü kendilerini kurbanın ihtiyaçlarına cevap vermede hazırlıksız görmektedirler.

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında en yüksek oranda (%73.2) hekimlerin bildirimde bulunacağı saptanmıştır. Hemşirelerin %66.4'ü, ebelerin %61.0'i bildirimde bulunacaklarını ifade etmiştir (Tablo 8). Hekimlerin daha yüksek oranda bildirimde bulunmalarının; mesleki eğitimlerinde adli tıp dersinin yer alması, yasal ve toplumsal yükümlülüklerinin farkında olmaları gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada, kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bekar (%78.5) katılımcıların evlilere (%62.4), çocuk sahibi olmayanlarında (%77.5) çocuk sahibi olanlara (%60.7) göre daha yüksek oranda bildirimde bulunacakları saptanmıştır (Tablo 8). Evlilerin ve çocuk sahibi olanların daha az oranda bildirimde bulunmaları, geleneksel eğilimlere sahip olmalarından ve aile yapısının bozulmamasını istemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

En sık bildirim yapmama nedeni olarak bildirimin kadını daha kötü duruma sokacağının düşünülmesi ve yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması olarak belirtilmiştir. Bildirim yapmama nedeni olarak hiç kimsenin kendisinin sorunu daha iyi çözeceği şeklinde cevap vermediği görülmüştür (Tablo 9). Oysa Akan ve ark. (2008) çalışmasında, poliklinik ya da sağlık ocağında şiddet mağduru kadınla karşılaştıklarında ebe ve hemşirelerin % 52.8'i bir sosyal hizmet kurumuna yönlendirebileceklerini % 52.0'si kadına duygularını ifade edebilmesi için uygun

ortam sağlayacaklarını bildirmişlerdir. Şen ve ark. (2008) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının % 81.7'si şiddete uğrayan bir gebe ile karşılaştığında bildirimini yapacağını, bunların % 52'si bildirimini sosyal hizmet uzmanına, % 48'i adli makamlara/polise yapabileceğini belirtmiştir. Ersoy ve Eryılmaz'ın (2008) yaptığı çalışmada ise katılımcıların şiddet mağdurlarını en fazla polis, karakol, hastane gibi yerlere yönlendirdikleri belirtilmiştir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının en yüksek olarak %73 (hekimler %73.2, hemşireler %66.4, ebeler %61.0) oranında bildirim yapacağını belirtmesi üzücü bir gerçektir. Oysa sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgusu ile bildirim yükümlüğü Türk Hukuk Sisteminde açık olarak bildirilmiştir. T.C.K. Madde 279'da Kamu görevlilerinin, Madde 280'de ise sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi veya bildirimin geciktirilmesinden doğacak cezai sorumluluktan bahsetmiştir.

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

MADDE 279. – (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

MADDE 280. – (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Araştırmada kadın sığınma evlerinin varlığı konusunda; hemşirelerin, ebelerin ve hekimlerin çoğunluğu olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 10). Katılımcıların çoğunluğu (% 95) bu kuruluşlara yönlendirme yapacaklarını (Tablo 11), % 82'sinin kuruluşların çalışmalarını takip etmediklerini bildirmişlerdir (Tablo 12). Çalışmamızda hemşire, ebe ve hekimlerin kadın sığınma evlerinin gerekliliği

benimsedikleri görülmektedir. Kadın sığınma evlerinin çalışmalarını takip etmemeleri şiddet mağduru kadınları ancak bu tip kurum ve kuruluşlara yönlendirme yapmaları bilinçli bir yönlendirme olmadığını düşündürmektedir.

7.2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçeğin Alt ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin duygusal belirtiler alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 13 arasında değişmekte olup, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 10.58 \pm 2.50$ olarak bulunmuştur (Tablo 13). Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin fiziksel belirtiler alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 18 arasında değişmekte olup, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 8.25 \pm 1.67$ olarak bulunmuştur. Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçekten aldıkları puanlar 0 ile 31 arasında değişmekte olup, toplam ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 18.83 \pm 3.38$ olarak bulunmuştur. Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada aldıkları puanlar değerlendirildiğinde duygusal belirtileri fiziksel belirtilere göre tanımada daha yeterli olmakla birlikte genel olarak yetersiz oldukları söylenebilir. Bu konuda bilgilendirilmeye gereksinimleri oldukları, mezuniyet sonrası meslek içi eğitim programlarına tabi tutulmaları gerektiği düşündürmektedir.

Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) hemşire ve ebeler üzerinde yaptıkları çalışmada; hemşire ve ebelerin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin duygusal belirtiler alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 18 değişmekte olup, duygusal belirtiler ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 10.90 \pm 3.16$, fiziksel belirtiler alt boyutundan aldıkları 0 ile 15 arasında değişmekte olup, fiziksel belirtiler ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 7.48 \pm 2.81$, tüm ölçekten aldıkları puanlarda 0 ile 33 arasında değişmekte olup, toplam ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 18.38 \pm 5.23$ olarak bulunmuştur.

Abracı ve Karadağlı'ya (2006) göre; hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda yeterli olmamaları, var olan kadına yönelik şiddet olgularını tanıyamamalarına ve buna bağlı olarak söz konusu şiddet süreçlerini durduramamalarına neden olacaktır. Durdurulamayan her olgu da, gelecek kuşaklara aktararak, bireylerin, ailelerin ve toplumun fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyeceğinden; özellikle hemşire ve ebelerin en kısa süre içerisinde bilgi alma gereksinimlerinin karşılanması gereklidir.

Bu araştırmanın sonucunun Arabacı ve Karadağlı'nın yaptığı araştırma sonucu ile paralel olduğu görülmüş, hekimlerin de bu çalışmaya dahil edilmesi kadına yönelik şiddetin tanınmasında sağlık çalışanlarının yetersiz olduklarını ve bilgi almaya gereksinim duydukları sonucunu değiştirmemiştir. Sağlık çalışanlarının şiddeti tanıma, ortaya çıkarma, önleme, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olabilmesi için öncelikle kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları gerekmektedir. Bunun da ancak mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası iyi bir eğitim süreci ile gerçekleşeceği düşünülmektedir.

7.2.1. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçeğin Alt ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının, Hemşire, Ebe ve Hekimler ile İlgili Tanıtıcı Bilgilerle İlişkisinin İncelenmesi

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 15). Yapılan ileri analizde hekimlerde fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 8.69 \pm 1.55$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 11.26 \pm 2.49$) ve toplam ölçek puan ortalamasının ($X = 19.95 \pm 3.34$) hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu ve anlamlı farkın hekimlerden kaynaklandığı saptanmıştır. Hemşirelerin, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 8.11 \pm 1.71$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 10.36 \pm 2.51$) ve toplam ölçek puan ortalaması ($X = 18.47 \pm 3.41$) ile ebelerin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 8.20 \pm 1.64$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması ($X = 10.49 \pm 2.34$) ve toplam ölçek puan

ortalamasının ($X = 18.69 \pm 3.01$) birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo 15). Bu durum hemşire ve ebelerin benzer eğitim sürecinden geçerken, hekimlerin aile içi şiddete yönelik yeterli eğitim almasalar dahi adli tıp dersleri nedeni ile adli olguların değerlendirilmesinde hemşire ve ebelere göre daha fazla deneyim sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür (Çolak ve ark.2001).

Hemşire, ebe ve hekimlerin yaş gruplarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının ve toplam ölçek puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın oldukları saptanmıştır. Katılımcılar 30 yaş altı, 30 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldığında; kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 16).

Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında; hemşire ve ebelerin yaş gruplarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; 46-54 yaş grubunda bulunan hemşire ve ebelerin fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek puan ve toplam ölçek puan ortalamalarının, diğer yaş grubundaki hemşire ve ebelerin fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek puan ve toplam ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan farklı sonuçlar olması ankete katılanların profilinin farklılığından olabileceği gibi çalışmamızdaki yaş gruplandırması ile Arabacı ve Karadağlı'nın çalışmasındaki yaş gruplandırmasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyete göre ve medeni durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ($p > 0.05$) bulunmamaktadır (Tablo 17, Tablo 18).

Hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk sahibi durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak çocuk sahibi

olmayanların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X = 19.06 \pm 3.43$) çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu durumun çocuk sahibi olanların aile birliğinin dağılmaması için bazı aile içi şiddete yönelik tutumları benimsemiş ve normal olarak değerlendirmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Hemşire, ebe ve hekimlerin eğitim durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan analizde lisansüstü eğitimin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının ($X = 8.67 \pm 1.54$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının ($X = 11.27 \pm 2.49$) ve toplam ölçek puan ortalamalarının ($X = 19.94 \pm 3.43$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların çoğunluğunun hekim ($n=123$) olduğu düşünülürse; bu farkın hekimlerden kaynaklandığı ortaya çıkmaktadır. Lisans düzeyi eğitimin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X = 19.07 \pm 3.51$) sağlık meslek lisesi, önlisans (örgün), önlisans (aö) eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 20). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında hemşire ve ebelerin mezun oldukları okullara göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel ve duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda, katılımcıların eğitim seviyesinin artış göstermesi ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlara ilişkin ölçek puan ortalamalarının da arttığı gözlenmektedir. Kadına yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi eğitimin yetersiz olmasına rağmen mesleki genel eğitim düzeyinin artmasının kadına yönelik şiddet konusundaki yaklaşıma da olumlu katkı sağlamaktadır.

Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alanların ($n=81$) kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X = 19.09 \pm 3.25$) eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 21). Ancak, hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamalarında

mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu durumun mezuniyet öncesi eğitim programlarında kadına yönelik şiddete yönelik ders programlarının önemsiz olduğunu göstermemektedir. Ancak eğitim programlarının gözden geçirilmesi gerektiği söylenebilir.

Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında kadına yönelik şiddet konusunda mesleki eğitimleri sırasında ders alan hemşire ve ebelerin fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları, ders almayanların alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kişilerin Arabacı ve Karadağlı'nın çalışmasına katılan kişilere göre mezuniyet öncesi eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda aldıkları eğitimlerinin yetersizliğinden kaynaklanmış olduğu söylenebilir.

Sağlık ocağında çalışan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X = 19.20 \pm 3.19$) hastanede çalışan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 22). Ancak katılımcılardan hemşire, ebe ve hekimler arasında çalıştıkları kuruma göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları gibi birimleri en çok kadınların kullandığı düşünülürse; koruyucu sağlık hizmetlerinde tanımlanan ve ortaya çıkarılan şiddet olgularının, sorunun toplumsal çözümüne ve sağlıklı toplum yapısına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle öncelikle bu kuruluştaki sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda eğitimlerinin sağlanması gereklidir.

Hemşire, ebe ve hekimlerin çalışma süresine göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 23). Kocaer'in (2006) çalışmasında, hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanının meslekte çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bildirilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin ilerlemesi bilgi düzeylerinde belirgin bir değişim

yapmadığı söylenebilir. Bu nedenle mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitime önem verilmesi, eğitim kalitesinin yüksek tutulması sorunun çözümlenmesinde önemli bir basamaktır.

Çalıştıkları kurumda talimat/prosedür var (n=35) diyen katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X=19.17 \pm 2.86$) yok (n=266) ya da bilmiyorum (n=259) diyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, hemşire, ebe ve hekimlerin çalıştıkları kurumda talimat/prosedür olmasına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 24). Kurumda talimat ve prosedürlerin varlığı kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada etkili olmadığı söylenebilir.

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında yetersiz hissetme durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 25). Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları olgularda şiddet belirtilerini tanımada kendini yeterli hissedenlerin, yetersiz hissedenlere göre anlamlı fark olmaması önemli bir sorundur. Katılımcılardan bir kısmının konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadan kendini yeterli hissettiklerini düşündürmektedir.

Katılımcıların olguları bildirimde bulunma durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler ve duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık ($p>0.05$) gözlenmezken; toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bildirimde bulunurum diyen katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X=19.10 \pm 3.48$) bulunmam ya da şiddetin özelliğine göre bulunurum diyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 26). Kadına yönelik şiddet olgularını bildirimde bulunurum diyen katılımcıların, bildirimde bulunmam ya da şiddetin özelliğine göre bulunurum diyenlere oranla toplam ölçek puan ortalamasının daha yüksek olması; şiddet olaylarının gün ışığına çıkması ve şiddetin önlenmesi

açısından sevindirici bir sonuçtur. Katılımcıların şiddet belirtilerini tanımada yetersiz olmaları olguları ihbar etme konusunda da daha çekince gösterdikleri görülmektedir. Bilgi düzeyi artıkça olguların ihbar edilmesi de artacaktır.

Katılımcıların iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşma durumlarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmanın fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 27). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışması da bizim araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup; hemşire ve ebelerin fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının, karşılaşmayan hemşire ve ebelerinkinden oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki araştırma sonucu bize şiddet olguları ile karşılaşmanın, şiddetin fiziksel ve duygusal belirtilerini tanımada ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Arabacı ve Karadağlı'ya (2006) göre, şiddete uğrayan kadını anlamanın en etkili yolu, şiddete maruz kalan bireyle karşılaşmak, iletişim kurmak, gözlem yapmak ve tanımadır.

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadın sığınma evlerinin gerekliliğini savunmaya göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadın sığınma evlerinin olması gerektiğini düşünen katılımcıların, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamalarının, kadın sığınma evlerinin olmaması gerektiğine inanan katılımcılara göre yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 28). Kadın sığınma evlerinin olmasını savunanların kadına yönelik şiddet konusunda daha duyarlı olduğu bu nedenle kadına yönelik şiddet tanımada daha başarılı olduğu görülmektedir.

7.3. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi

Tablo 29’da katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek belirtilerini bilme oranları incelenmiştir.

Fiziksel belirtileri içeren maddelerden;

"Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür" maddesine fiziksel şiddet belirtileri arasında en yüksek oranda (%91.6) doğru olarak cevabın verildiği saptanmıştır.

"Kadının vücudunda farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür" maddesi %85.7 oranında,

"İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikayetleri vardır" maddesi %78.8 oranında,

"İstismar edilen kadınlarda sık aralıklarla ve çok sayıda düşük öyküsü vardır" maddesi %71.8 oranında,

"Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür" maddesi %68.2 oranında doğru olarak cevaplanırken;

Fiziksel şiddet belirtileri arasında en düşük doğru cevabın "Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir" maddesine verildiği saptanmıştır.

Duygusal belirtileri içeren maddelerden;

"İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar" maddesine duygusal şiddet belirtileri arasında en yüksek (%87.7) oranda doğru olarak cevap verildiği saptanmıştır.

"İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır" maddesine %86.8 oranında,

"İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür" maddesine %75.0 oranında,

"İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar" maddesine %67.0 oranında doğru cevap verilirken;

"Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür" duygusal şiddet belirtileri arasında en düşük (%11.8) doğru cevabın verildiği saptanmıştır.

Katılımcıların daha çok duygusal belirtileri içeren maddeleri doğru yanıtladıkları, fiziksel belirtileri içeren maddeleri cevaplarken daha çok yanlış yanıt verdikleri görülmektedir (Tablo 29).

Fiziksel belirtilerin mesleklere göre cevaplanma oranlarına bakıldığında; kadına yönelik şiddet ölçeğinde yer alan fiziksel belirtilerden, kadına yönelik şiddetin belirtisi olan veya pozitif yönde olan ifadeler doğru yanıtlanırken, buna karşın biraz dikkat gerektiren kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtisi olmayan ya da negatif yönde olan ifadelerin yanlış yanıtlandığı görülmektedir. Tablo 30 incelendiğinde; Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Dağılımı incelendiğinde bazı sorulara verilen (1., 2., 5., 25.) cevaplarda meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre;

Hemşirelerin %54.1'i, ebelerin %51.6'sı ve hekimlerin %66.7'si kadının saçlı derisinde görülen yaraları istismar belirtisi olarak değerlendirmişlerdir. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılık belirlenmiş olup, bu farklılığın hekimlerden kaynaklandığı, hekimlerin doğru cevap oranının hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kadının saçlı derisinde görülen yaralar, sağlık çalışanlarının çoğunluğuna istismarı düşündürdüğü, ancak daha yüksek oranlarda olması gerekmektedir. Fiziksel şiddette sık kullanılan saç çekme, kadının saçlı derisinde yaralanmalara sebep olduğu bilinmektedir.

Hemşirelerin %59.1'i negatif yönlü olan gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür sorusuna doğru cevap verirken, ebelerin %40.9'u ve hekimlerin %58.9'u yanlış olarak cevaplamışlardır. Yapılan analizde anlamlı farklılığın hemşirelerden ($p<0.05$) kaynaklandığı, hemşirelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtisi olmayan ve negatif yönlü olarak sorulan bu soruya yüksek oranda doğru cevap verdikleri görülmüştür. Gözdeki şiddetli irritasyonun istismar dışında farklı nedenlerden de kaynaklanabilmesi, yanlış cevapların yüksek oranda olmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin %83.3'ü, ebelerin %85.3'ü ve hekimlerin %92.7'si kadının vücudunda farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi ile yüksek oranda istismarı düşündüklerini belirtmişlerdir. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılık bulunmuş ve hekimlerin doğru cevap oranının hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır($p<0.05$). Kadının vücudunda farklı iyileşme düzeyinde yaraların olması şiddeti tanımlamak için oldukça önemli bir bulgudur. Hemşire, ebe ve hekimlerin bu konuda dikkatli, bilgili ve duyarlı olmalarının, şiddeti tanımlamak, ortaya çıkarmak ve sonlandırmak adına önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

“İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır” maddesine hemşirelerin %68.1’i, ebelerin %72.6’sı ve hekimlerin % 81.3’ü doğru cevap vermişlerdir. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılık saptanmış; hekimlerin verdiği cevapların hemşirelerin ve ebelerin verdiği doğru cevaplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).. Kadınlarda sık düşük öyküsünün varlığı sağlık çalışanlarında istismarı düşündürmelidir. Şiddet gören gebe kadın hamileliğini sonlandırmak isteyebilir. Avustralya’da yapılan çalışmalar, eşi tarafından şiddete maruz kalan kadınların, sosyal olarak daha kötü bir durumda olduğu, tedavi edilmeyen kadınlara oranla daha sık hamile kaldığı ve hamileliklerini daha çok sonlandırdıkları görüşü çalışmamıza ait sonucu desteklemektedir (Taft and Watson 2008).

Kadına yönelik şiddet ölçeğinde yer alan bazı fiziksel belirtilere verilen cevaplarda meslek grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamasına karşın, soruların bazı meslek grupları tarafından yanlış değerlendirildikleri görülmektedir.

Hemşirelerin %54.1’i ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünmediklerini belirtirlerken, ebelerin %51.6’sı ve hekimlerin %54.5’i istismar olabileceğini düşünmüşlerdir. Ebelerin ve hekimlerin, kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtisi olmayan ve negatif yönlü olarak sorulan bu soruya yüksek oranda doğru cevap verdikleri görülmüştür.

“Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir” pozitif yönlü olan bu soruya hemşirelerin %53.8’i, ebelerin %62.1’i ve hekimlerin %52.8’i yanlış olarak cevap verdikleri görülmüştür. Kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtisi olan nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrıların meslek grupları arasında yeterince bilinmediğini göstermektedir. Oysa literatürde, kadına yönelik şiddet olgularında pelvik ve abdominal bölgeler en sık yaralanan bölgeler arasında yer almaktadır.

“Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir” pozitif yönlü olan bu soruya hemşirelerin %58.5’i, ebelerin %56.8’i ve hekimlerin %52.8’i yanlış

olarak cevap verdikleri görülmüştür. Kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtisi olan gebe bir kadının erken doğum yapmasının meslek grupları arasında istismar belirtisi olabileceği bilinmediği düşünülmektedir. Ancak anket sorusunun istismar belirtisidir şeklinde değil istismar olabileceği şeklinde sorulmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Sorunun gözden geçirilmesi gerekmektedir. Oysa hamilelik döneminde uygulanan fiziksel şiddet yoğunluk olarak genellikle normal dönemlerdekini altına düşmemekte, bazen üzerine çıkmaktadır. Ülkemizde gebe kadının şiddete maruz kalabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır. (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları). Zachary ve ark. (2002) benzer çalışmasında bildirdiklerine göre, hamile kadınlar, gebelik döneminde yaklaşık olarak %4 ile %8 oranında fiziksel yada cinsel şiddete uğramaktadırlar. Gebelik döneminde şiddetin varlığı erken doğumla sonuçlanacağından; gebe bir kadının erken doğum yapmasının istismar olabileceği sağlık çalışanları arasında bilinmesi gereken önemli bir sorundur.

Duygusal belirtilerin mesleklere göre cevaplanma oranlarına bakıldığında; kadına yönelik şiddet ölçeğinde yer alan duygusal belirtilerden, kadına yönelik şiddetin belirtisi olan veya pozitif yönde olan ifadeler doğru yanıtlanırken, buna karşın biraz dikkat gerektiren kadına yönelik şiddetin duygusal belirtisi olmayan ya da negatif yönde olan ifadelerin yanlış yanıtlandığı görülmektedir. Tablo 30 incelendiğinde; Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Belirtilerine Verilen Cevapların Dağılımı incelendiğinde bazı sorulara verilen (14., 15., 19., 26.) cevaplarda meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre;

Hemşirelerin %42.1'i, ebelerin %35.8'i ve hekimlerin %63.4'ü genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşan kadınların istismar edilen kadınlar olduğunu belirtmişlerdir. Meslek gruplarının kadına yönelik şiddetin duygusal belirtisi olmayan ve negatif yönlü olarak sorulan bu soruya yüksek oranda doğru cevap verdikleri saptanmış; yapılan ileri analizde anlamlı farklılığın hekimlerden ($p<0.05$) kaynaklandığı görülmüştür. Literatürde, kadına yönelik şiddetin duygusal belirtileri arasında, içe kapanma, anksiyete, yabancılaşma, yalnızlık duygusu, küntleşme gibi bulgularından bahsedilmektedir.

“İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını tüm ayrıntılarıyla anlatırlar” negatif yönlü olan bu soruya hemşirelerin %71.9’u, ebelerin %76.8’i ve hekimlerin %82.9’u yanlış olarak cevaplamışlardır. Yapılan analizde anlamlı farklılığın hekimlerden ($p<0.05$) kaynaklandığı, hekimlerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtisi olmayan ve negatif yönlü olarak sorulan bu soruya hemşirelerden istatistiksel anlamlı oranda daha yüksek doğru cevap verdikleri görülmüştür.

“İstismar edilen kadınlar bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar” negatif yönlü olan bu soruyu hemşirelerin %48.5’i, ebelerin %38.9’u ve hekimlerin %36.6’sı yanlış olarak cevaplamışlardır. Yapılan analizde anlamlı farklılığın hekimlerin verdiği cevaplarla hemşirelerin verdiği cevaplar arasındaki farklılıktan olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtisi olmayan ve negatif yönlü olarak sorulan bu soruya hekimlerden daha yüksek oranda doğru cevap verdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin %70.2’si, ebelerin %77.9’u ve hekimlerin %86.2’si istismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görüleceğini belirtirlerken; yapılan ileri analizde anlamlı farklılığın hekimlerden kaynaklandığı, hekimlerin doğru cevap oranının hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Travma sonrası stres bozukluğunun bir alt grubu olarak tanımlanan hırpalanmış kadın sendromunun; geç dönem belirtileri arasında yer alan korku, kaygı, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, yeme bozuklukları, kayıp, ihanet ve umutsuzluk duygusunun sağlık çalışanları tarafından yüksek oranda bilinmesi sevindiricidir (Polat 2005).

Hemşirelerin %70.2’si, ebelerin %77.9’u ve hekimlerin %86.2’si gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesinin istismarı düşündüğünü belirtmişlerdir. Yapılan ileri analizde hekimlerin doğru cevap oranının hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hekimlerin daha kapsamlı tıp eğitimi almalarının olguları tanımada daha yüksek oran oluşturması doğal bir durumdur.

Kadına yönelik şiddet ölçeğinde yer alan bazı duygusal belirtilere verilen cevaplarda meslek grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamasına karşın, soruların bazı meslek grupları tarafından bazı soruların yanlış değerlendirildikleri görülmektedir. Buna göre;

Hemşirelerin %70.2'si, ebelerin %77.9'u ve hekimlerin %86.2'si istismar edilen kadınların sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlattıklarını belirtmişlerdir. Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtisi olmayan ve negatif yönlü olan bu soruyu yanlış değerlendirdikleri görülmektedir. Kadına yönelik şiddet konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olmaksızın cevaplandırılmasının güç olduğu bir soru olması yanıtlarda doğruluk oranının düşük kalmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin %39.5'i, ebelerin %37.9'u ve hekimlerin %47.2'si prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşündüklerini belirtmiştir. Meslek gruplarında çoğunluğun prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismarı düşünmemeleri, gebelerde şiddeti belirlemek adına üzücü bir gerçektir. Çünkü literatürde gebelikte şiddetin arttığı belirtilmektedir. Ayrancı ve ark. (2002) çalışmasında, gebelerde şiddet sıklığı %71.4 olarak saptanmış ve bu kadınların %99.1'i sözel, %36.4'ü fiziksel, %5.4'ü cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Olavarrieta ve ark. (2006) Mexico City'de 1314 kadın üzerinde "Hamilelik Sürecinde Şiddet" konulu çalışmada, kadınların %71'i şiddetin hamile kaldığından beri arttığını, %69.4'ü fiziksel şiddetin arttığını, %47.8'i cinsel şiddetin arttığını bildirmişlerdir. Gebelikte artan şiddet; anne ve çocuğun sağlığını tehlikeye sokmakta ve sağlıklı anne davranışları, çocuk düşürme, prematüre doğum, düşük ağırlıklı bebek, anomaliler, fetüs yaralanmaları ve fetüsün ölümüne yol açabilmektedir (Lazenbatt 2005, Duxbury 2006).

Ebelerin %51.6'sı ve hekimlerin %53.7'si çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiğini düşünürlerken; hemşirelerin %52.6'sı düşünmediklerini belirtmiştir. Çocuklarında büyüme ve gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edilmesi, kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerinden biridir. İstismar edilen annelerin çocuklarını da ihmal edeceği bir gerçektir. Bu gerçeği göz önünde bulundurmak, şiddetin nesilden nesile aktarılmasına engel olacağı düşünülmektedir.

7.4. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Sorularına Verdikleri Yanıtların İncelenmesi

Meslek gruplarına göre tutum sorularına verilen yanıtlar Tablo 31’de incelenmiştir. Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır diye sorulduğunda hemşirelerin %95.9’u, ebelerin %97.9’u ve hekimlerin %97.6’sı katılıyorum diyerek olumlu tutum sergilediklerini belirtmişlerdir. Benzer bir çalışmada, Tunçel ve ark. (2007) 311 ebe ve hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmaya göre; öğrencilerin %94.0’ü sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır düşüncesine katılmaktadırlar. Araştırma verileri ve Tunçel’in çalışmasında çıkan sonuçlar yüksek oranda kadınların dinlenmeli ve anlamaya çalışılması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık çalışanları tarafından kadınların kendilerini ifade etmesine özen gösterilmesi, kişiliğine saygı gösterilmesi, insanlık ve yaşama hakkının elinden alınamayacağını bildirilmesi, kadın için güvenli bir ortam oluşturulması, şiddeti önlemek ve şiddetin olumsuz etkilerinin giderilmesi için önemli davranışlar olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin % 90.4’ü, ebelerin %91.6’sı, hekimlerin % 92.7’si kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünmektedirler. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında öğrencilerin %92.4’ü kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olarak belirtmişlerdir. Cann ve ark. (2001) İngiltere’de sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, çoğu sağlık çalışanının %90’ı aile içi şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu kabul ettiğini bildirmiştir. Katılımcıların yüksek oranda kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünmeleri, şiddetin ortaya çıkmasında, tanımlanmasında ve önlenmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir konusunda; hemşirelerin %40.6’sı katılıyorum diyerek olumlu tutum sergilemişler, ebelerin %36.8’i kararsız olduklarını, hekimlerin %35.8’i ise katılmadıklarını belirtmişlerdir. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %46.2’si aile içi ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulması gerektiğini belirtmişlerdir. Cann ve ark. (2001). çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %69’u aile içi şiddeti ortaya çıkarmada mesleklerinin daha çok dahil

edilmesi gerektiğine inandıklarını bildirmişlerdir. Lazenbatt ve ark. (2005) çalışmasında ebelerin sadece %28'nin bir hastasında şiddeti ortaya çıkardığını, %50'sinin direk aile içi şiddeti sorguladığını ve sadece %17'sinin bunları yaparken rahat hissettiklerini bildirmiştir.

Şiddete uğrayan kadına eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir ifadesine, hemşirelerin %57.6'sı, ebelerin %48.4'ü ve hekimlerin %63.4'ü katıldıklarını belirterek olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında, şiddete uğrayan kadına öğrencilerin %32.9'u eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir ifadesine katıldıkları belirtilmiştir. Varvora ve Gesmond (2008) çalışmasında, acil çalışanları, kadına karşı aile içi şiddet için hiçbir haklılığın olmadığını, kadının bu dayağı hak etmediğini ve şiddet gören kadınlara yardım sağlanması gerektiğini, failin sorumlu ve cezalandırılması gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların şiddete uğrayan kadınların eşinin bu davranışlarında suçlu olmadığına söylenmesi gerektiği görüşüne çoğunluğun katılıyor olmasına karşın önemli bir oranı da katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun toplumumuzda kadına yönelik şiddetin bazı durumlarda onaylanıyor olması, sağlık çalışanlarının da bu toplumun içinde yetişmesi ve geleneksel eğilim göstermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum ifadesine; hemşireler %62.0'si, ebelerin %69.5'i ve hekimler %71.5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında öğrencilerin %74.9'u aile içi şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının sağlığına etkisi bir etkisi olmayacağı ifadesine katılmadığını bildirmiştir. Cann ve ark. (2001) çalışmasında ise bu oran %92 olarak bulunmuştur. Ersoy ve Eryılmaz (2008) çalışmasında, sağlık çalışanları %99.3'nün kadına yönelik şiddetin kadın sağlığını olumsuz etkilediğini ifade ettiği saptanmıştır. Kadına yönelik şiddetin kadının sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi yadsınamayacak bir gerçektir. Sağlık çalışanlarının şiddeti ortaya çıkarmakla, sağlığı korumak, tedavi etmek ve bakım sağlamak gibi rollerini yerine getireceği ve aynı zamanda şiddeti önleyerek sağlıklı bireyler ve toplum oluşmasına destek olacakları düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddet aile içi özel bir sorundur sağlık çalışanının bu konuya karışması doğru değildir ifadesine; hemşirelerin %72.0'ı, ebelerin %70.5'i, hekimlerin ise %83.7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Akan ve ark. (2008) çalışmasında ebe ve hemşirelerin sadece %42.5'i hemşire ve ebelerin şiddetin önlenmesinde rolü olduğunu, %62.4'ünün şiddet konusunda bilgisinin olmadığını belirtmişlerdir. Cann ve ark. (2001) çalışmasında hemşire kadınlar ve halk sağlığı çalışanları dikkate değer oranda bir tutuma ve daha iyi bilgiye sahip oldukları görülmüş, aile içi şiddete karşı sağlık çalışanlarının genel tutumu olumlu olduğu belirtilmiştir. Ancak buna karşın %44 oranında sağlık çalışanı aile içi şiddet konusunda konuşmaktan rahatsız olduğunu bildirmiştir. Lazenbatt ve ark. (2005) çalışmasında ebelerin %92'si ev içi şiddeti belirlemede önemli bir role sahip olduklarını düşünmelerine karşın, yarısından çoğu (%53) bütün hamile kadınların ev içi şiddet açısından rutin bir şekilde gözlenmesi gerektiğini düşündüklerini bildirmiştir. Altınay ve Arat'ın (2007) çalışmasında, aile içi şiddetle mücadele de görüşleri alınan kadınlar, hükümete, yerel yönetimlere, devlet kurumlarına ve mahkemelere bu alana müdahale etme konusunda önemli sorumluluklar yüklemekte ve yapılanları yeterli bulmadıklarını ve aile içi şiddeti "aile içinde" çözülmesi gereken bir konu olarak değerlendirmediklerini bildirmişlerdir. Sağlık personelinin şiddeti tanımada, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olamadığı görülmektedir. Şiddetin sağlık sektörü dışında görülmesi, sağlık personelinin pek çoğu ev içi şiddetin sağlıkla ilgili olmadığına, sosyal bir konu olduğuna bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiğine inanmıştır.

İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum ifadesine; hemşirelerin %52.0'i, ebelerin %56.8'i ve hekimlerin %41.5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Tunçel ve ark. (2007) yaptığı çalışmada öğrencilerin %61.9'u iş yaşamında aile içi şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağı ifadesine katılmadığını bildirmiştir. Cann ve ark. (2001) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %79'u kadınlara aile içi şiddet hakkında soru sormaya zamanı olmayacağına katılmazken, %13'ü zamanının olmadığını bildirmiştir. Şiddete uğramış bir kadınla ilk sağlık personelinin karşılaşacağı düşünülürse, hemşire, ebe ve hekimlerin araştırma sonucunda kadına

yönelik şiddeti sorgulayacakları zamanları olabileceğini belirtmeleri, şiddeti tanımlamak ve ortaya çıkarmak için zaman ayırabileceklerini ve şiddeti önlemede etkili olabilecekleri düşünülmektedir.

Şiddete uğramış kadına öncelikle “eşinizi kızdıracak ne yaptığı” sorulmalıdır ifadesine; hemşirelerin %64.01, ebelerin %72.6’sı, hekimlerin %75.6’sı katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında, öğrencilerin %23.6’sı eşinizi kızdıracak ne yaptığının sorulması gerektiğine katıldıklarını bildirmiştir. Ersoy ve Eryılmaz (2008) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %63.3’nün şiddetin haklı nedeni olamayacağını düşündüğü ortaya çıkmıştır. Araştırma verileri ve yapılan benzer çalışmalar, şiddete uğrayan kadının eşini kızdıracak bir durum olmaması ve şiddet konusunda haklı bir neden olamayacağı konusunda paralellik göstermektedir. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun (1995) çalışmasına göre; şiddete maruz kalan kadının, erkeğin ideolojisini içselleştirmiş olmasından kaynaklanan onay durumunun söz konusu olduğu vurgulanmaktadır. Zaman zaman, kadının şiddeti onaylıyor olması uygulanan şiddete suçun kendisinde olduğu inancını da doğurabilmektedir. Suçluluk duygusu kadının “kabahat işlediği, dayağı hak ettiği” düşüncesini ön koşul almaktadır. Kadınlar bu bağlamda “kocalarının haklı olduğunu, kendilerinin kocayı kıskırtmış olduklarını” belirtirken, somut olarak ifade edilen en belirgin kıskırtma davranışının da “kadının kocasına cevap vermiş olması” ya da “konuşmuş olması” durumu olduğunu bildirmektedir. Altınay ve Arat (2007) çalışmasında ise kadınların dayağı meşru görmedikleri ortaya çıkmış, her on kadından dokuzuna göre “haklı görülebilecek dayak yoktur” ifadesi belirtilmiştir. Bu bağlamda hemşire ve ebelerin çoğunluğunun kadın olması, şiddetin var olduğu bir kültürde yetişmeleri ve şiddeti toplumun geleneklerine göre algılamaları, bazı şiddet davranışlarını olağan görmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir ifadesine; hemşirelerin %41.5’i, ebelerin %45.3’ü, hekimlerin %53.7’si katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında, öğrencilerin % 32.0’si şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir ifadesine katıldıklarını bildirmiştir. Besette ve Peterson (2002) ABD’de hemşirelik

öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin %74'ü kadına şiddet uygulanmasının eşinin (erkeğin) suçu olduğunu belirtirken, %6.5'i bazı durumlarda (kadın eşine yalan söylerse, çok konuşursa, eşini aldatırsa, eşinin zayıf noktalarını hatırlatırsa, eşinin erkekliğine meydan okursa, antlaşmaları bozarsa) kadının şiddetten sorumlu olduklarını ve kötü muameleyi hak ettiklerini düşündüklerini bildirmiştir. Polat'a (2005) göre, sağlık çalışanları, toplumda yer alan istismar konusunda, tipik olarak, aynı kültürel değerleri paylaşmaktadırlar. Bu nedenle, bazı kadınların istismarı hak ettiklerini düşünebilirler. Bu kişiler, ayrıca, aile içi şiddetin sadece yoksul kadınlar ve belli etnik ya da dini geçmişe sahip kadınların yaşadığı bir durum olduğunu düşünürler.

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadının eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir diye sorulduğunda; hemşirelerin %46.8'i, ebelerin %40.0 katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin ise %44.7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır. Yapılan ileri analizde meslekler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılığın hemşire ve ebelerin çoğunluğunun katılıyorum cevabını vererek olumsuz tutumda bulunmalarından kaynaklandığı görülmüştür. Tunçel ve ark. (2007) benzer çalışmasında da hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %55.6'sı kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılır ifadesine katıldıklarını bildirmiştir. Her iki çalışmada da, hemşire ve ebe gruplarının, kadının doğru söyleyip söylemediği eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir ifadesine katıldıkları ve olumsuz tutum sergiledikleri görülmektedir. Bu durumun toplumsal cinsiyet ayrımcılığından; hemşire ve ebelerin de çoğunluğunun kadın olmasından dolayı şiddeti kabul edilebilir, geçerli nedenler ve kadına karşı önyargıların olabileceği düşüncesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen yanıtlar Tablo 32'de incelenmiştir. Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına 30 yaş altı ($n=261$) ve 30 yaş üstü ($n=299$) katılımcıların çoğunluğunun olumlu tutumda bulundukları gözlenmektedir. 30 yaş altı katılımcıların %44.4'ü, 30 yaş üstü katılımcıların %40.8'i şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna; katılıyorum diyerek olumsuz tutum sergilemişlerdir. Yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır

($p<0.05$). Araştırma sonuçlarında ve Cann ve ark. (2001) benzer çalışmasında, daha genç yaştaki sağlık çalışanlarının daha iyi tutuma sahip olmaya meyilli oldukları görüle bile yaş grupları arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığı görülmektedir. Gömbül'ün (2000) çalışmasında, 35 yaşın üzerinde olan hemşirelerin daha genç olanlara göre yaşadıkları toplumun değerlerine daha sıkı bağlı olmaları nedeniyle kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarında farklılıklar görülmektedir. 35 yaş ve üzerindeki hemşireler şiddete uğrayan kadına “tartışmaya yol açacak davranışlardan kaçınmasını kocasının zamanla düzeleceğini söyleyerek sabırlı olmasını, bir süre evinden çıkmamasını” önererek evliliği her koşulda sürdürmeyi daha fazla desteklediklerini bildirmiştir.

Cinsiyete göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen yanıtlar Tablo 33'de incelenmiştir. Erkek ve kadın katılımcılar arasında kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların bazı sorular üzerinde anlamlı farklılıklarına rastlanmıştır.

Erkek katılımcıların %94.0 ve kadın katılımcıların %97.4'ü sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılması gerektiğine katıldıklarını bildirmişlerdir. Yapılan analizde cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek düzeyde olumlu tutumda bulundukları gözlenmiştir. Kadın katılımcıların şiddete uğrayan kadınlara karşı daha ilgili ve anlayışlı olabilecekleri düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir sorusuna erkek katılımcıların %38.8'i katılmadıklarını belirterek olumsuz tutum sergilerken, kadın katılımcıların %38.3'ü katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın katılımcıların erkeklere göre daha çok olumlu tutum sergiledikleri ve şiddeti ortaya çıkarmak ve tanımlamak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadıklarını sormanın görevleri olduğunu düşünmeleri sevindiricidir.

Erkek katılımcıların % 41.0 ve kadın katılımcıların %53.5'i iş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum sorusuna katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılığın

kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda olumlu tutum sergilemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadın katılımcıların iş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulamaya ilgili oldukları ve zaman ayırabilecekleri düşünülmektedir.

Erkek katılımcıların %38.8'i, kadın katılımcıların %43.7'si şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna katılıyorum diyerek olumsuz tutumda bulunmuşlardır.

Krantz ve ark. (2005) sağlık çalışanlarıyla yaptığı odak grup görüşmelerinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha çok fiziksel davranışları tartışmaya meyilli oldukları görülmüştür.

Medeni duruma göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen yanıtlar Tablo 34'de incelenmiştir. Kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevapların medeni duruma göre dağılımına bakıldığında evli ve bekar katılımcılar arasında bazı sorularda anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır.

Evli katılımcıların %89.1'i, bekar katılımcıların %96.2'si kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğuna katıldıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde evli ve bekar katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bekar katılımcıların evli katılımcılara göre kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olmasına dair daha yüksek oranda olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir. Bekarların şiddeti daha yüksek oranda sağlık sorunu olarak belirtmeleri, evli katılımcıların aile içinde kadına yönelik şiddeti meşru olarak görmelerinden ve evlilik ilişkilerine geleneksel yaklaşımlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evli katılımcıların %45.5'i bekar katılımcıların %34.8'i şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna katıldıklarını belirterek olumsuz tutumda bulunmuşlardır. Katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Her iki grubunda olumsuz tutum sergiledikleri ve evli katılımcıların bekarlara göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevaplara bakıldığında; çocuk sahibi olanların ($n=351$) %89.2'si, çocuk sahibi olmayanların ($n=209$) %94.2'i kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan katılımcıların kadına yönelik şiddetin daha yüksek oranda önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmeleri, çocuk sahibi olanlar arasında, şiddetin daha kabul edilebilir, çocukların geleceği ve aile yapısının bozulmaması gibi geleneksel inançlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşma durumuna göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevaplara bakıldığında; kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmış katılımcıların, kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmamış katılımcılarla arasında anlamlı düzeyde farklılıklara rastlanmıştır (Tablo 36).

Şiddet olgusu ile karşılaşanların % 77.7'si, karşılaşmayanların %62.4'ü kadına yönelik şiddetin aile içi özel bir sorun olduğunu sağlık personelinin bu konuya karışması doğru olmadığına katılmadıklarını belirterek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde katılımcılar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşan katılımcıların daha yüksek oranda kadına yönelik şiddeti aile içi özel bir sorun olarak görmedikleri ve sağlık personelinin bu konuya karışmasını doğru buldukları görülmektedir. Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmanın, kadına yönelik şiddeti algılamayı ve davranışı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Şiddete uğramış kadına “eşinizi kızdıracak ne yaptığı” sorulmalıdır sorusuna olgu ile karşılaşanların %72.9'u, olgu ile karşılaşmayanların %56.4'ü katılmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan analizde katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Olgu ile karşılaşan katılımcıların, karşılaşmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir. Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmanın şiddeti haklı kılacak neden olamayacağı konusundaki duyarlılığı öne çıkardığı düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşanların %49.4'ü, olgu ile karşılaşmayanların %33.9'u şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir sorusuna katılmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Olgu ile karşılaşan katılımcıların karşılaşmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir.

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmış katılımcıların %37.7'si, olgu ile karşılaşmamış katılımcıların %53.9'u şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna katıldıklarını belirterek olumsuz tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Her iki grubunda olumsuz tutumda bulunmaları ve olgu ile karşılaşmayanların daha yüksek düzeyde olumsuz tutum sergiledikleri görülmektedir.

Mezuniyet öncesi alınan eğitim durumuna göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevaplara bakıldığında; eğitim almış katılımcılarla ($n=81$) eğitim almamış katılımcılar ($n=479$) arasında anlamlı düzeyde farklılıklara rastlanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 37). Cann ve ark. (2001) çalışmasında sağlık çalışanlarının %82'si kişisel olarak ev içi şiddet üzerine eğitimi hoş karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma süresine göre kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına verilen cevaplara bakıldığında bazı sorulara verilen cevaplarda çalışma sürelerine göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 38).

Kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum sorusuna 1 yıldan az çalışanların %83.6'sı, 1-2 yıl çalışanlar % 100.0, 3-5 yıl çalışanların % 98.0'i, 6 yıl ve üzeri çalışanlarında %90.5'i katılıyorum yanıtını vererek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 1-2 yıl çalışan katılımcıların hepsinin olumlu tutumda bulunduğu görülmektedir. Meslekte 1-2 yıl gibi çalışma süresine sahip olan katılımcıların, kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğuna %100 olarak katılmaları sevindiricidir. Bunun katılımcıların mesleki bilgilerinin yeni olması ve kadına yönelik şiddet olaylarına karşı ilgili olunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum sorusuna 1 yıldan az çalışanların %78.2'si, 1-2 yıl çalışanlar % 62.9'u, 3-5 yıl çalışanların % 62.8'i, 6 yıl ve üzeri çalışanlarında %62.2'si katılmıyorum yanıtını vererek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 1 yıldan az çalışan katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olumlu

tutumda bulundukları görülmektedir. Meslekte 1 yıldan az çalışan katılımcıların, kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmanın kadının sağlığını olumlu etkileyeceklerini düşünmeleri, yakın gelecekte şiddetin sonlanması ve önlenmesi açısından etkili olabileceği düşünülmektedir.

İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum sorusuna, 1 yıldan az çalışanların %52.7'si, 1-2 yıl çalışanlar % 37.1'i, 3-5 yıl çalışanların % 60.8'i, 6 yıl ve üzeri çalışanlarında %50.1'i katılmıyorum yanıtını vererek olumlu tutum sergilemişlerdir. Yapılan analizde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 3-5 yıl çalışan katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olumlu tutumda bulundukları görülmektedir.

Kadına yönelik şiddetin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hemşire, ebe ve hekimlerin konuya ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini saptamak amacıyla Sakarya İli merkezinde bulunan dört devlet hastanesi ve merkeze bağlı yirmi sağlık ocağında gerçekleşen araştırma bulgularına göre;

- Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %85.5'i mezuniyet öncesi, %98.6'sı mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almadıkları ortaya çıkmıştır.

- Katılımcılar çalıştıkları kurumda (sağlık ocakları ve devlet hastanelerinde) kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ya da prosedürün olmadığını (%47.4) veya bilmediklerini (%46.3) belirtmişlerdir.

- Araştırmaya katılan katılımcıların %70.5'i kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşmış, karşılaştıklarında %66 oranında yetersiz kaldıklarını ve zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire, ebe ve hekimler araştırmada en sık öykü almada (%34.8) ve rapor etme / yasal süreç (%24.6) aşamalarında kendilerini yetersiz hissettikleri ve zorlandıklarını belirtmişlerdir.

- Araştırmaya katılan hemşire, ebe ve hekimler, kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında yüksek oranda bildirimde bulunabileceklerini ifade etmişlerdir. En sık bildirim yapmama nedeni olarak; bildirimin kadını daha kötü duruma sokacağı düşünülmesi (%51.9) ve yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması (%32.9) olarak belirlenmiştir.

●Çalışma sonucunda hemşirelerin, ebelerin ve hekimlerin çoğunluğu kadın sığınma evlerinin olması gerektiğini ve bu kuruluşlara yönlendirme yapacaklarını ifade ederlerken aynı zamanda bu kuruluşların çalışmalarını takip etmediklerini de bildirmişlerdir.

●Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 10.58 \pm 2.50$, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması $\bar{X} = 8.25 \pm 1.67$ ve toplam ölçek puan ortalaması da $\bar{X} = 18.83 \pm 3.38$ olarak bulunmuştur. Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımada yeterli olmadıkları ve bu konuda eğitime gereksinimleri oldukları görülmüştür.

●Hemşire, ebe ve hekimlerin, medeni durumlarının, yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumlarının, mezuniyet öncesi eğitim alma durumlarının, çalışılan kurumun, talimat ya da prosedürün varlığı, çalışma süresi ve olgu ile karşılaştıklarında yetersiz hissetme durumlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

●Hemşire, ebe ve hekimlerin, eğitim durumlarının, bildirimde bulunma durumlarının, sığınma evlerinin gerekliliği ve şiddet olgusu ile karşılaşma durumları ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

●Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin ölçeğin; daha çok duygusal belirtiler alt ölçeği içeren maddelerin doğru yanıtlama oranının, fiziksel belirtileri içeren maddelerin doğru yanıtlama oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin ölçeğin maddeleri daha çok hekimler tarafından doğru olarak tanımlandığı ve fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler alt ve toplam ölçek puan ortalamalarının, hemşire ve ebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

●Araştırmaya katılan hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili tutum sorularına büyük oranda doğru yanıt verdikleri ve çoğunluğunun da olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Katılımcılar, tutum sorgulayan sorulardan yedisine yüksek oranda olumlu yanıt verirken (%50.5-96.6), üçüne düşük oranda (%30.4-44.8) olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire, ebe ve hekimlere mezuniyet öncesi, mesleki eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunun eğitim içeriğinde yer alması, kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet, kadın, insan hakkı, kadın erkek eşitliği vb kavramların verilmesi ve bu konudaki sorumluluklarının farkına vardırılması,

- Kadına yönelik şiddetin belirtilerinin tanımlanması ve önlenmesine ilişkin, mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim programlarının oluşturulması ve tüm sağlık çalışanlarının bu programlara tam katılımının sağlanması,

- Sağlık çalışanlarına şiddete uğrayan kadına ve ailesine yaklaşım, empati kurabilme yetenekleri, iletişim becerileri, şiddete ilişkin geleneksel inanışlarını değiştirmeye yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,

- Kadına yönelik şiddet yönünden riskli kadınlar ve ailelerin özelliklerinin farkında olunarak sağlık çalışanlarının şiddeti tanımlayıp sonlandırması,

- Hemşire, ebe ve hekimlerin şiddetin önlenmesi ve sonlanması için şiddete hoşgörü göstermeyen tutum sergileyerek önemli rollere sahip olduklarını bilmesi,

- Sağlık kurum ve kuruluşlarında kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ve prosedürlerin oluşturularak, kurum politikasının belirlenmesi,

- Sağlık çalışanlarının şiddet olguları ile karşılaştıklarında yapılması gerekenlerin (kayıt, danışmanlık, tedavi, sevk, rehabilitasyon kuruluşları ile nasıl iletişime geçileceği ve nasıl ihbar edilmesi gerektiği) belirlenmesi,

- Kadına yönelik şiddeti tanılama formlarının ve kayıt sisteminin oluşturulması,

- Sağlık çalışanlarına kadına yönelik şiddete ilişkin sosyal ve yasal sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi,

- Kadına yönelik şiddete ilişkin yasaların, yaptırımların ve yasal sürecin tüm sağlık çalışanları tarafından doğru bilinmesi ve zorunlu kılınması,

- Sağlık kurum ve kuruluşlarının, şiddetin önlenmesinde etkili olan diğer disiplinlerle (güvenlik, adalet, sosyal hizmetler ve milli eğitim gibi) iletişim ve işbirliği içinde çalışması,

- Şiddete uğrayan kadınların başvurabileceği sosyal destek kuruluşlarının sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve kuruluşlara uygun şekilde yönlendirmelerin yapılması konusunda bilgilendirilmeleri,

- Kadına yönelik şiddetin bireysel bir sorun olmadığı, önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve uygun yaklaşımın her sağlık çalışanı tarafından benimsenmesi gereken bir tutum olduğu sağlık politikası haline getirilmesi gerektiği önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Akan N, Fındıklı MY, Alasya E, Gökçakıroğlu H. (2008). Mersin’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve polikliniklerde çalışan hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kadınlara yaklaşımları. *1. Kadın Sağlığı Kongresi “kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.213.
- Akço S, Aksel Ş, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H, Gürpınar S, İnanıcı MA, Oral G, Polat O, Sözen Ş, Şahin F, Tekeş AT, Topuzoğlu AY. Çocuk İstismarı ve İhmali. Unicef, Adli Tıp Kurumu Projesi El Kitabı.
- Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. (2005). Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 3(1):9-14.
- Akkurt Ö, Sarı N, Şahin N. (2008). Aile içi, kadına yönelik şiddette sağlık çalışanlarının rolü. *1. Kadın Sağlığı Kongresi “kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.212.
- Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. (2006). Adli Tıp Ders Notları.
- Altınay AG, Arat Y. (2007). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul.
- Arbacı LB, Karadağlı A. (2006). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2):101-112.
- Aşırdizer M. (2006). Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2(50):39-47.
- Atman C. (2003). Kadına yönelik şiddet; Cinsel taciz / ırza geçme. *Sted Dergisi*, 12(9): 333-335.
- Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ.(2002). Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:75-87.
- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. (1995). Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara.
- Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2007). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal eylem Planı, 2007-2010, Ankara.
- Batuk H.İ. (2002). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddette Sosyodemografik Özellikler ve Adli Tıbbi Yaklaşım. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- Baysan L. (2003). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard.Dç.Dr. A Karaaslan).
- Besette HD, Peterson SS. (2002). Attitudes of adult nurse practitioner students toward women experiencing domestic violence. *Journal of Nursing Education* , 41(5):227-230.
- Biriken H. (2008). Kadına yönelik şiddet neden bir sağlık sorunudur. *1.Kadın Sağlığı Kongresi "kadına yönelik şiddet" Kongre Kitabı*, Ankara, s.109-111.
- Bütün C. (2002). Kadına Yönelik Ölümle Suçlanan Şiddetin Değerlendirilmesi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. (2005). Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. *Sted Dergisi* 14(11): 241-246.
- Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. (2001). Domestic violence : a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115:89-95.
- Carney DM, Kibbin LM. (2003). Screening for domestic violence falloni the initiative of One integrated health care system. *Nursing Management*, 34(9):35-36.
- Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. (2004). Cinsel suçlarda muayene. *Harran Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(4):48-52.
- Coker A, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, Williams M. (2007). Intimate Partner violence incidence and continuation in a primary care screening Program. *American Journal of Epidemiology*, 165(7):821-827.
- Çetin H, Kuzu N, Sargutan E, Ak B, Pekcan H. (2005). Ankara Batıkent'te aile içi Şiddet olayı. *Temel Sağlık (Primary Health) Dergisi*, 2(5):1-7
- Çolak B, Yayıcı N, İnanıcı MA. (2001). Türkiye'de mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin durumu. *Adli Tıp Dergisi*, 15(3):1-8
- Daloğlu H, Varol N, Varol Ş. (2000). Kadına yönelik aile içi şiddetin yasal açıdan değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 5(3): 224-229.
- Duxbury F. (2006). Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *British Journal of General Practice*, 56:294-300.
- Ellison SR. (2004). Sexual Assault and Intimate Partner Violence and Abuse. In: *Emergency Medicine Manual*. Eds: Ma JO, Cline DM, Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, 8th ed, Mc Graw Hill, New York.

- Erdem M, Muslu L. (2002). Kırsal bölgede eşi tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların bazı özellikleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 5(5):42-47.
- Ersoy ÖÇ, Eryılmaz HY. (2008). Sağlık çalışanları şiddete ve konuya ilişkin rollerine yönelik ne düşünüyor, ne yapıyor. *1. Kadın Sağlığı Kongresi "kadına yönelik şiddet" Kongre Kitabı*, Ankara, s.164.
- Eryılmaz G. (2001). Aile içi şiddet, kadın sağlığı ve hemşirelik. *C.Ü. Tıp Fköltesi Dergisi*, 5(2):19-24.
- Giray H, Keskinoglu P, Sönmez Y, Meseri R, Karakuş NE, Yüce N, Günay T. (2005). Gebelikte aile içi fiziksel şiddet ve etkileyen etmenler. *Sted Dergisi* 14(10):217-220.
- Gömbül Ö. (2000). Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 1:19-32.
- Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen NC, MacMillan HL. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7:12.
- Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *C.Ü. Tıp Fköltesi Dergisi*, 27(2):51-56.
- Günaydın G, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y, Deniz İ. (2008). Konya ilinde çalışan hekimlerin adli olgulara ve adli raporlara yaklaşımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 24(2):83-89.
- Gürsoy E. (2008). Kadına yönelik şiddete yaklaşımda ebe ve hemşireliğin yeri ve önemi. *1. Kadın Sağlığı Kongresi "kadına yönelik şiddet" Kongre Kitabı*, Ankara, s.148-153.
- Hinderliter D, Doughty AS, Delaney K, Pitula RC, Campbell J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, 42(10):449-454.
- Işıloğlu B. (2006). Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Sosyodemografik Faktörler, Çift Uyumu ve Hastalıkla İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr.Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- İnanıcı MA, Şelimen D. (2004). Acil serviste adli olgu değerlendirilmesi ve adli hemşirelik; çocuk istismarı ve ihmali. İçinde: *Acil Bakım Kitabı*. Ed.Şelimen 3. Baskı, Yüce Yayın, İstanbul, s.169-184.

- İnce H, Aliustaoğlu S, Yazıcı Y, İnce N. (2007). İstanbul’da Adli tıp bakışı ile yaşlı ölümleri ve özellikleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 70(2):34-38.
- Kadına Yönelik Şiddet Sayacı, İstatistiki Bilgiler (2004).Uluslararası Af Örgütü-Türkiye
- Karaçam Z, Çalışır H, DüNDAR E, Altuntaş F, Avcı CH. (2006). Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2):71-88.
- Kartal G. (2008). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık teşkilatının rolü, 1.Kadın Sağlığı Kongresi“kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı, Ankara, s.91-92.
- Kocaer Ü. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. S Kuşuoğlu, Prof. Dr. MA İnancı).
- Krantz G, Phuong TV, Larsson V, Tuan TB, Ringsberg KC. (2005). Intimate partner violence: Forms, consequences and preparedness to act as perceived by healthcare staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam. *Public Health*, 119:1048-1055.
- Krasnoff M, Moscati R.(2002). Domestic violence screening and referral can be effective. *Annals Of Emergency Medicine*, 40(5):485-492.
- Kurçer MA, Güneş G, Genç M. (1999). Malatya’da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ayrı bölgede evli kadınlara yönelik aile içi şiddet ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 9(3):34-37.
- Küçük H. (2002). Zonguldak’ta Sulh Hukuk mahkemelerine yansıyan kadına yönelik aile içi şiddet olgularının incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 16(2-4):40-45.
- Lazenbatt A, Cree T, McMurray F. (2005). The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*, 21:322-334.
- Lynch VA. (2006). Forensic Nursing: Chapter 6: p.52-64, Elsevier Mosby.
- Morrison LJ, Allan R, Grunfeld A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *The Journal of Emergency Medicine*, 19(2):117-124.
- Nygren P, Nelson HD, Klein J. (2004). Screening children for family violence: A review Of the evidence fort he US preventive services tsak force. *Annals of Family Medicine*, 2(2): 161-169.
- Olavarrieta CD, Paz F, Abuabara K, Ayala HBM, Kolstad K, Palermo T. (2006). Abuse during pregnancy in Mexico City. *International Journal of Gynecology and*

- Obstetrics*, 8:1-8.
- Oskay ÜY, Dikencik BK. (2005). Tecavüz ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 15(1):1-13.
- Othman S, Azmi N, Adenan M. (2008). Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asica Pacific Family Medicine*, 7:2
- Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay BF. (2006). Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu kasabası, Balıkesir. *Sted Dergisi*, 15(11):199-201.
- Öztürk H, Sevil Ü. (2005). Gebelikte şiddet. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 15(1):1-16.
- Perez RI, Castano JP, Kindelan MA, Pinto MP, Barrera MA, BonetPla A, Hernando MLS, Torrubiano AH, Ruiz LMG. (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol*, 16:357-363.
- Polat O. (2004). Adli Tıp. 2.Basım, Der Yayınevi, İstanbul.
- Polat O. (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olguların Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). Kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesi. *Temel Sağlık Bülteni*, 2(16):1.
- Salaçin S. (2003). Sağlık Çalışanlarının kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenebilecekleri Roller. İçinde: *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Ed:Akın A.Hacettepe Üniversitesi Yayınları. s.295-306.
- Savran B, Yarış F, Gündüz M. (2002). Kadına Yönelik Ölümle Sonuçlanan Bir Aile İçi Şiddet. İçinde: T.C. Adalet Bakanlığı adli Tıp Kurumu Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı, Antalya, 390-392.
- Sheridan DJ. (2001). Treating Survivors of Intimate Partner Abuse Forensic Identification And Documentation. In: Forensic Emergency Medicine. Eds: Haker J., Jackson C., Smokke W. Chapter 9: p.203-228. Lippincott
- Sözen MŞ, Elmas İ, Sözen A, Fincancı ŞK. (1999). Aile içi bir istismar olgusu. *Adli Tıp Bülteni*, 4(3):109-112
- Subaşı N, Akın A. (2003). Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. İçinde: *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Ed:Akın A.Hacettepe Üniversitesi Yayınları. s.231-247.
- Şahin NH, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. (2008). Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet

- konusunda yaklaşımlarının belirlenmesi. *1. Kadın Sağlığı Kongresi“kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.186.
- Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü. (2008). Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. *1. Kadın Sağlığı Kongresi“kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.232.
- Şiddet Sempozyumu. (2007). Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Taft AJ, Watson LF. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: The confounding effect of women’s experience of violence. *BMC Public Health*, 8:75.
- Taner Y, Gökler B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:82-86
- Tanrıverdi G, Şıpkın S. (2008). Çanakkale’de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(3):183-187
- Taşkın L. (2004). Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2):16-22.
- Tel H. (2002). Gizli sağlık sorunu:Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2):1-9.
- Tıraşçı Y, Gören S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1):70-74
- Topbaş M. (2004). İnsanlığın büyük ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4):76-80.
- Tunçel EK, Dündar C, Pekşen Y. (2007). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi Şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17(2):105-110
- Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sted Dergisi*, 15(9):153-157.
- Uysal A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5(2):43-49.
- Uysal A, Arabacı LB. (2008). Sağlık çalışanı, polis ve öğretmenlerin aile içi şiddet olgularına yaklaşımına yönelik eğitim programının etkililiği. *1. Kadın Sağlığı Kongresi“kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.171.
- Ünal G. (2005). Aile içi şiddet. *Aile ve Toplum Dergisi*, 8(2).
- Ünal G, Bilge A. (2004). Ev içi şiddet yönetiminde acil servis hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1):127-137.
- Üzel N, Yazıcı G, Avşaroğlu AB, Özden H. (2008). Şiddete maruz kalmış kadın ile

- sağlık personeli iletişimin önemi. *1. Kadın Sağlığı Kongresi“kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.165.
- Varvora F, Gesmond S. (2008). ED physician house staff response to training on domestic violence. *Journal Emergency Nurses*, 23:17-22
- Yıldız T. (2003). Acil Hemşirelerinin Şiddete Uğramış Kadınları Tanımlamada Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. D Şelimen).
- Yıldız HY, Yavuz F, Akıncı FS, Gölge B. (2003). Aile içi şiddet olgularında 4320 sayılı Ailenin korunmasına dair kanunun uygulamaları. *Adli Tıp Dergisi* 17(2):59-68
- Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 46:295-298.
- Zachary MJ, Schechter CB, Kaplan ML, Mulvihill MN. (2002). Provider evaluation of a multifaceted system of care to improve recognition and management of pregnant women experiencing domestic violence. *Women's Health Issues*, 12(1):5-15.

EK-1

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı ;

Sakarya İli Merkez Sağlık Ocakları ve Devlet Hastanelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddetli ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmaya yönelik olarak dolduracağınız ankette kimliğinizi ortaya çıkartacak sorular bulunmamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bireysel olarak değil, diğer yanıtlar ile birlikte değerlendirilecek ve araştırmacı haricinde kimse tarafından bilinmeyecektir.

Zaman ayırıp katıldığınız için teşekkür ederim.

Hemş. İnci Derya YAYLA

1 . Yaşınız

2 . Cinsiyetiniz

Erkek () Kadın ()

3. Mesleğiniz

Hemşire () Ebe () Pratisyen Hekim () Uzman Hekim ()

4. Medeni Durumunuz

Evli () Bekar () Diğer ()

5. Çocuğunuz Var mı?

Evet () Hayır ()

6. Mezun Olduğunuz Okul ;

- ☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
☐ Ön Lisans (Örgün) ☐ Ön Lisans (A. Ö.) ☐ Diğer

7. Mesleğinizdeki Çalışma Süreniz ;

- ☐ 1 Yıldan Az ☐ 3-5 Yıl
☐ 1-2 Yıl ☐ 6 Yıl Ve Üzeri

8. Çalıştığınız Kurum

- ☐ Sağlık Ocağı ☐ 112 Komuta Merkezi
☐ Hastane ☐ Diğer.....

9. Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı?

- Evet ☐ Hayır ☐

10. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

- Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen Yeterli ☐

11. Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı ?

- Evet ☐ Hayır ☐

12. Yanıtınız evet ise yeterli miydi ?

- Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen Yeterli ☐

13. İş yaşamınız süresince herhangi kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı ?

- Evet ☐ Hayır ☐

14. Yanıtınız evet ise, karşılaştırdığınız olgu sayısı

- ☐ 1-10 ☐ 10-20 ☐ 20 ↑

15. İş yaşamınız süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız ise hangi aşamalarda zorlandınız yada yetersiz kaldınız ?

- ☐ Öykü alma
- ☐ Fizik muayene
- ☐ Ruhsal muayene
- ☐ Kayıt
- ☐ İlgili Kurumlara Rapor Etme / Yasal Süreç
- ☐ Diğer.....

16. Çalıştığınız Kurumda kadına yönelik şiddete yönelik talimat / prosedür var mı ?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

17. Varsa yeterli mi?

Evet ☐ Hayır ☐

18. Kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet ☐ Hayır ☐ Şiddetin Özelliğine Göre ☐

19. Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız ?

- a. Soysal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşündüğüm için.
- b. Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.
- c. Konu ile uğraşmak istemediğim için.
- d. Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.
- e. Mağduru şimdiki bulunduğu durumda daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için.
- f. Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için .
- g. Şüpheler doğru çıkarsa, kadının ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için .
- h. Kime bildireceğimi bilmediğim için
- ı. Diğer

20. Sizce kadına yönelik şiddet şüphesi olan ve / veya tanısı alan olguların hizmet alabileceği kadın sığınma evleri olmalı mı?

Evet () Hayır ()

21. Kadına yönelik şiddet olgusu ve şüphesi olan ve / veya tanısı alan mağdurları bu kuruluşlara yönlendirir misiniz?

Evet () Hayır ()

22. Bu tip kurum ve kuruluşların çalışmalarını takip ediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

EK 2

HEMŞİRE, EBE ve HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK

Aşağıda kadına yönelik şiddet belirtilerini içeren ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra bu ifadelerden doğru bulduklarınız için “Doğru” kolonunun altına, yanlış bulduklarınız için “Yanlış” kolonunun altına (X) işareti koyunuz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

BELİRTİLER		Doğru	Yanlış
1	Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.		
2	Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
3	İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikayetleri vardır.		
4	Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.		
5	Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.		
6	Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
7	Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.		
8	Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.		
9	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
10	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.		
11	Kadında sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür.		

12	İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar.		
13	İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.		
14	İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.		
15	İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.		
16	İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.		
17	İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.		
18	Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.		
19	İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.		
20	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.		
21	Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar olabilir.		
22	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
23	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar.		
24	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.		
25	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.		
26	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.		
27	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.		
28	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.		
29	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.		
30	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
31	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.		

EK 3

HEMŞİRE, EBE ve HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETE İLİŞKİN TUTUM SORULARI

<u>Tutum Soruları</u>	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1.Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır.			
2.Kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.			
3. Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir.			
4.Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.			
5.Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.			
6.Kadına yönelik şiddet, aile içi özel bir sorundur, sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir.			
7.İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum.			
8. Şiddete uğramış kadına öncelikle “eşinizi kızdıracak ne yaptı” sorulmalıdır.			
9. Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.			
10. Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir.			

EK 4**SAKARYA DEVLET HASTANELERİ VE SAĞLIK OCAKLARI LİSTESİ**

Hastane Adı	Adresi	Telefon
SEAH Merkez Kampüsü	Adnan Menderes Cad. Sağlık Sok. No:193 Adapazarı	264 275 10 10
SEAH Korucuk Kampüsü	Korucuk Mevki	264 255 21 06
Yenikent Devlet Hastanesi	M.Cahit Kırac Bulvarı / Karaman Mevkii	264 221 35 00
Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	Pabuçcular Mah. Adapazarı	264 274 50 80
ToyotaSa Acil Yardım Hastanesi	Nehirkent Mevkii	264 229 42 00
Sağlık Ocağı Adı	Adresi	Telefon
Bahçelievler	Mithatpaşa M.643 Nolu S. N:4 / Adapazarı	0264 276 01 78
Camili	Camili M. 1.Etap 1508 /Adapazarı	0264 251 08 00
Dr Abdülkadir Canik	Orta M. Küçük Hamam C. N:40/2 Adapazarı	0264 273 58 56
Dr Evrim Tümbek	Semerciler M. Milli Egemenlik C. N:25/Adapazarı	0264 277 36 25
Erenler	Erenler M. Erenler C. N:24 /Adapazarı	0264 241 48 25
Fatma Hanım	Sakarya C. Salko Cami Karşısı N:2/Adapazarı	0264 273 58 56
Güneşler	Güneşler Merkez M. Köyiçi C.N:58/Adapazarı	0264 278 58 31
Hızırtepe	Hızırtepe M. Acar S.N:5/Adapazarı	0264 275 52 43
Karaman	Karaman M. 18.C. 1486 ADA/Adapazarı	0264 221 12 92
Karaosman	Sakarya M.Buyruk S.N:6/Adapazarı	0264 273 41 06
Kemalpaşa	Kemalpaşa M.Belediye Loj.N:46 Kat:1/Adapazarı	0264 211 13 63
Maltepe	Maltepe M. Cami S.N:1/Adapazarı	0264 276 35 81
Ozanlar	Sakarya M. Ünal Ozan C. Atso Lisesi Bahçesi/Adp.	0264 279 75 34
Otuziki Evler	32 Evler M.Sahil S.N:27 K:1/Adapazarı	0264 276 40 60
Serdivan	Arabacı Alanı M. Mert S. N:7/A Adapazarı	0264 211 01 50
Şeker	Şeker M. Bölük S. N:45/Adapazarı	0264 273 58 81
Tekeler	Tekeler M. Kuzey Terminal Yanı N:1006/Adp.	0264 277 20 47
Tepekum	Cengiz S. Yeşil Cami Altı Erenler Beldesi/Adp.	0264 273 40 26
Yağcılar	Yağcılar M. Ankara C.N:134 /Adapazarı	0264 279 93 79
Yazlık	Köprübaşı M. Ulu S. N:13 Yazlık Beldesi/Adp	0264 373 69 40

EK 5.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

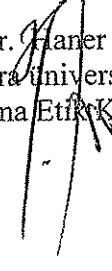
Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/314

Konu :

02.05.2008

Sayın Prof.Dr. Mehmet Akif İNANICI

MAR-YÇ-2008-0100 protokol nolu “ Sakarya ilindeki Hekim ve Hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr.  HANER DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK 6.

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM454009.020/384/ 27145

28 Aralık 2007

KONU : Tez Çalışması

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
SAKARYA

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'nün 13.12.2007 tarih ve 898 sayılı yazısındaki talebine istinaden, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi İnci Derya YAYLA'nın " Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri" konulu tez çalışmasını Sakarya İl Merkezinde bulunan 4 hastanede ve 20 Sağlık Ocağında çalışan hekim ve hemşirelere uygulayabilmesi hususunu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetlerinin 24/06/2007 tarih ve 11082 sayılı yazılarına binaen olurlarınıza arz ederim.


Hızır DİŞLİ
Müdür Yardımcısı

OLUR
28... / 12 / 2007

Dr. Hasan BEKİTAŞ
Vali a.
Sağlık Müdürü

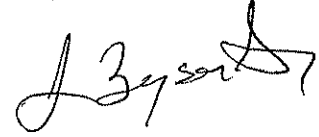
EK 7.

İLGİLİ MAKAMA

“Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek”i çalışmanızda kullanmanız tarafımdan uygun bulunmuştur.

01.11.2007

Arş.Gör. Leyla BAYSAN ARABACI



EK 8

12 Ekim 2004 Resmi Gazete
SALI

Sayı : 25611

Türk Ceza Kanunu

Kanun No. 5237

Kabul Tarihi : 26.9.2004

BİRİNCİ KİTAP **Genel Hükümler**

BİRİNCİ KISIM **Temel İlkeler, Tanımlar ve Uygulama Alanı**

BİRİNCİ BÖLÜM **Temel İlkeler ve Tanımlar**

Suçu bildirmeme

MADDE 278. - (1) İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İşlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

(3) Mağdurun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır.

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

MADDE 279. - (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Suç delillerini yok etme, gizleme veya değiştirme

MADDE 281. - (1) Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla, bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendi işlediği veya işlenişine iştirak ettiği suçla ilgili olarak kişiye bu fıkra hükmüne göre ceza verilmez.

(2) Bu suçun kamu görevlisi tarafından göreviyle bağlantılı olarak işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(3) İlişkin olduğu suç nedeniyle hüküm verilmeden önce gizlenen delilleri mahkemeye teslim eden kişi hakkında bu maddede tanımlanan suç nedeniyle verilecek cezanın beşte dördü indirilir.

Suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama

MADDE 282. - (1) Alt sınırı bir yıl veya daha fazla hapis cezasını gerektiren bir suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini, yurt dışına çıkaran veya bunların gayrimeşru kaynağını gizlemek ve meşru bir yolla elde edildiği konusunda kanaat uyandırmak maksadıyla, çeşitli işlemlere tabi tutan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçun, kamu görevlisi tarafından veya belli bir meslek sahibi kişi tarafından bu mesleğin icrası sırasında işlenmesi halinde, verilecek hapis cezası yarı oranında artırılır.

(3) Bu suçun, suç işlemek için teşkil edilmiş bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, verilecek ceza bir kat artırılır.

(4) Bu suçun işlenmesi dolayısıyla tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.

(5) Bu suç nedeniyle kovuşturma başlamadan önce suç konusu malvarlığı değerlerinin ele geçirilmesini sağlayan veya bulunduğu yeri yetkili makamlara haber vererek ele geçirilmesini kolaylaştıran kişi hakkında bu maddede tanımlanan suç nedeniyle cezaya hükmolunmaz.

Suçluyu

kayıрма

MADDE 283. - (1) Suç işleyen bir kişiye araştırma, yakalanma, tutuklanma veya hükmün infazından kurtulması için imkan sağlayan kimse, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçun kamu görevlisi tarafından göreviyle bağlantılı olarak işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(3) Bu suçun üstsoy, altsoy, eş, kardeş veya diğer suç ortağı tarafından işlenmesi halinde, cezaya hükmolunmaz.

Tutuklu,

hükümlü

veya

suç

delillerini

bildirmeme

MADDE 284. - (1) Hakkında tutuklama kararı verilmiş olan veya hükümlü bir kişinin bulunduğu yeri bildiği halde yetkili makamlara bildirmeyen kimse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İşlenmiş olan bir suça ilişkin delil ve eserlerin başkaları tarafından saklandığı yeri bildiği halde yetkili makamlara bildirmeyen kimse, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

(3) Bu suçların kamu görevlisi tarafından göreviyle bağlantılı olarak işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Bu suçların üstsoy, altsoy, eş veya kardeş tarafından işlenmesi halinde, cezaya hükmolunmaz.

Gizliliğin

ihlali

MADDE 285. - (1) Soruşturmanın gizliliğini alenen ihlal eden kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak, soruşturma aşamasında alınan ve kanun hükmü gereğince gizli tutulması gereken kararların ve bunların gereği olarak yapılan işlemlerin gizliliğinin ihlali açısından aleniyetin gerçekleşmesi aranmaz.

(2) Kanuna göre kapalı yapılması gereken veya kapalı yapılmasına karar verilen duruşmadaki açıklama veya görüntülerin gizliliğini alenen ihlal eden kişi, birinci fıkra hükmüne göre cezalandırılır. Ancak, bu suçun oluşması için tanığın korunmasına ilişkin olarak alınan gizlilik kararına aykırılık açısından aleniyetin gerçekleşmesi aranmaz.

(3) Bu suçların basın ve yayın yoluyla işlenmesi halinde, ceza yarı oranında artırılır.

(4) Soruşturma ve kovuşturma evresinde kişilerin suçlu olarak damgalanmalarını sağlayacak şekilde görüntülerinin yayınlanması halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Ses

veya

görüntülerin

kayda

alınması

MADDE 286. - (1) Soruşturma ve kovuşturma işlemleri sırasındaki ses

KANUN

**AİLENİN KORUNMASINA DAİR KANUNDA DEĞİŞİKLİK
YAPILMASI HAKKINDA KANUN****Kanun No. 5636****Kabul Tarihi : 26/4/2007****MADDE 1 – 14/1/1998 tarihli ve 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun**

1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 1 – Türk Medenî Kanununda öngörülen tedbirlerden ayrı olarak, eşlerden birinin veya çocukların veya aynı çatı altında yaşayan diğer aile bireylerinden birinin veya mahkemece ayrılık kararı verilen veya yasal olarak ayrı yaşama hakkı olan veya evli olmalarına rağmen fiilen ayrı yaşayan aile bireylerinden birinin aile içi şiddete maruz kaldığını kendilerinin veya Cumhuriyet Başsavcılığının bildirmesi üzerine Aile Mahkemesi Hâkimi meselenin mahiyetini göz önünde bulundurarak re'sen aşağıda sayılan tedbirlerden bir ya da birkaçına birlikte veya uygun göreceği benzeri başka tedbirlere de hükmedebilir:

Kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin;

a) Aile bireylerine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmaması,

b) Müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsis ile bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve veya işyerlerine yaklaşmaması,

c) Aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesi,

ç) Aile bireylerini iletişim araçları ile rahatsız etmemesi,

d) Varsa silah veya benzeri araçlarını genel kolluk kuvvetlerine teslim etmesi,

e) Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanılmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmaması,

f) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurmaması.

Yukarıdaki hükümlerin uygulanması amacıyla öngörülen süre altı ayı geçemez ve kararda hükmolunan tedbirlere aykırı davranılması halinde tutuklanacağı ve hakkında hapis cezasına hükmedileceği hususu şiddet uygulayan eş veya diğer aile bireyine ihtar olunur.

Eğer şiddeti uygulayan eş veya diğer aile bireyi aynı zamanda ailenin geçimini sağlayan yahut katkıda bulunan kişi ise hâkim bu konuda mağdurların yaşam düzeylerini göz önünde bulundurarak daha önce Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre nafakaya hükmedilmemiş olması kaydıyla talep edilmese dahi tedbir nafakasına hükmedebilir.

Bu Kanun kapsamındaki başvurular ve verilen kararın infazı için yapılan icraî işlemler harca tâbi değildir."

MADDE 2 – 4320 sayılı Kanunun 2 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 2 – Koruma kararının bir örneği mahkemece Cumhuriyet Başsavcılığına tevdi olunur. Cumhuriyet Başsavcılığı kararın uygulanmasını genel kolluk kuvvetleri marifeti ile izler.

Koruma kararına uyulmaması halinde genel kolluk kuvvetleri, mağdurların şikâyet dilekçesi vermesine gerek kalmadan re'sen soruşturma yaparak evrakı en kısa zamanda Cumhuriyet Başsavcılığına intikal ettirir.

Cumhuriyet Başsavcılığı koruma kararına uymayan eş veya diğer aile bireyleri hakkında Sulh Ceza Mahkemesinde kamu davası açar.

Fiili başka bir suç oluştursa bile, koruma kararına aykırı davranan eş veya diğer aile bireyleri hakkında ayrıca üç aydan altı aya kadar hapis cezasına hükmolunur.

Bu Kanunun uygulanmasına ilişkin hususlar yönetmelikle düzenlenir."

MADDE 3 – Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.**MADDE 4 – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.**

3/5/2007

YÖNETMELİK

Başbakanlık (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü)'ten:**AİLENİN KORUNMASINA DAİR KANUNUN UYGULANMASI
HAKKINDA YÖNETMELİK****BİRİNCİ BÖLÜM****Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar****Amaç**

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmelik, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinin korunması amacıyla şiddet uygulayan aile bireyleri hakkında alınacak tedbirleri ve bu tedbirlerin uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenler.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, aile içi şiddete maruz kalan eş, çocuk, aynı çatı altında yaşayan diğer aile bireyleri ve mahkemece ayrılık kararı verilen veya yasal olarak ayrı yaşama hakkı olan ya da evli olmalarına rağmen fiilen ayrı yaşayan aile bireyleri ile şiddet uygulayan eş veya diğer aile bireylerini, alınacak tedbirleri, bu tedbirleri almak ve uygulamakla görevli ve yetkili makam ve merciler ile usul hükümlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 14/1/1998 tarihli ve 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun 2 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Aile: Aynı veya ayrı çatı altında yaşayan eş ve çocuk ile aynı çatı altında yaşayan diğer aile bireylerini,
- b) Genel kolluk kuvvetleri: Polis ve Jandarma birimlerini,
- c) Hâkim: Aile mahkemesi hâkimini,
- ç) İzleme: Koruma kararlarının Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından genel kolluk kuvvetlerine ve kolluk aracılığıyla ilgili kişiye ivedilikle bildirilmesini, karara uyulup uyulmadığının kontrolünü ve aykırılık hâlinde re'sen soruşturma yapılmasını,
- d) Kanun: 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunu,
- e) Şiddet: Aile bireyinin fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözel ve ekonomik her türlü davranışı,
- f) Şikâyet ve ihbar: Aile içi şiddete maruz kalmış aile bireyinin genel kolluk kuvvetlerine, Cumhuriyet Başsavcılığına veya aile mahkemesine müracaat etmesini veya başka bir şahıs tarafından genel kolluk kuvvetlerine veya Cumhuriyet Başsavcılığına olayın yazılı, sözlü veya başka bir suretle bildirilmesini,
- g) Şikâyet ve ihbar mercileri: Genel Kolluk kuvvetlerini, Cumhuriyet Başsavcılığını ve aile mahkemesi hâkimliğini,
- h) Tedbir: Aile mahkemesi hâkiminin, şiddet uygulayan eş veya diğer aile bireyi hakkında olayın kapsamı dikkate alınarak re'sen hükmedeceği 4320 sayılı Kanunda yer alan tedbirler ile uygun göreceği benzeri başka tedbirleri, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM**Aile içi Şiddet, Şikâyet, İhbar ve Tedbirler****Aile içi şiddet, şikâyet ve ihbar**

MADDE 5 – (1) Aile bireylerinden biri fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı

çekmesiyle sonuçlanması muhtemel olan, bu tip hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözel ve ekonomik nitelikte şiddet içeren davranışa maruz kalmaları hâlinde, şikâyet ve ihbar mercilerine müracaat etmek suretiyle tedbir talebinde bulunabilir.

(2) Şikâyet ve ihbar; eşlerden biri veya çocuklar veya aynı çatı altında yaşayan diğer aile bireylerinden biri veya mahkemece ayrılık kararı verilen veya yasal olarak ayrı yaşama hakkı olan veya evli olmalarına rağmen fiilen ayrı yaşayan aile bireylerinden birisi tarafından yapılabilir.

(3) İhbar; şikâyet ve ihbar mercilerine başka bir şahıs tarafından, olayın yazılı, sözlü veya başka bir şekilde bildirilmesi suretiyle de yapılabilir.

(4) Cumhuriyet başsavcılığı müracaat üzerine evrakın onaylı bir örneği ile aile nüfus kayıt tablosunu ihbar yazısına ekleyerek ivedilikle aile mahkemesine gönderir.

(5) Sözlü ihbarlar tutanağa geçirilir.

(6) Koruma kararı en az masrafla, en çabuk ve en kolay ulaşılabilecek yer aile mahkemesinden istenebilir.

Uygulanacak tedbirler

MADDE 6 – (1) Aile bireylerinden birinin aile içi şiddete maruz kaldığını kendilerinin veya Cumhuriyet Başsavcılığının bildirmesi üzerine şiddetin belgelenmesi aranmaksızın aile mahkemesi hâkimi meselenin mahiyetini göz önünde bulundurarak re'sen ikinci fıkrada sayılan tedbirlerden bir ya da birkaçına birlikte veya olayın özelliğine göre uygun göreceği benzeri başka tedbirlere de hükmedebilir.

(2) Bu tedbirler kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin;

a) Aile bireylerine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmamasını,

b) Müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsisi ile bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve veya işyerlerine yaklaşmamasını,

c) Aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesini,

ç) Aile bireylerini iletişim araçları ile rahatsız etmemesini,

d) Varsa silâh veya benzeri araçlarını genel kolluk kuvvetlerine teslim etmesini,

e) Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanılmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmamasını,

f) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurmamasını,

içerir.

Şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmama tedbiri

MADDE 7 – (1) Şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmama tedbiri; hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinin korunması amacıyla, kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin şiddete veya korku yaratmaya yönelik söz ve davranışta bulunmaması için uyarılmasıdır.

Müşterek evin tahsisi ve eve veya işyerlerine yaklaşmama tedbiri

MADDE 8 – (1) Müşterek evin tahsisi ve eve veya işyerlerine yaklaşmama tedbiri; hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinden birisinin korunması amacıyla, hükmedilen kusurlu eş veya şiddet uygulayan diğer aile bireyi hakkında, müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsisi ile bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve, işyerlerine, gerektiğinde çocukların okullarına yaklaşmaması amacıyla hükmedilen tedbirdir.

(2) Bu tedbirin uygulanması, kusurlu eş veya şiddet uygulayan diğer aile bireyinin, uzaklaştırıldığı konutun kira, elektrik, su, telefon, doğalgaz ve benzeri giderlerini karşılamaya devam etmesine engel değildir. Hâkim uzaklaştırılan kişinin bu tür yükümlülüklerinin devamına karar verebilir.

Eşyalara zarar vermeme tedbiri

MADDE 9 – (1) Eşyalara zarar vermeme tedbiri, hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinden birisinin korunması amacıyla, kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin, hakkında koruma kararı verilen aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesi amacıyla uyarılmasıdır.

İletişim araçları ile rahatsız etmeme tedbiri

MADDE 10 – (1) İletişim araçları ile rahatsız etmeme tedbiri; hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinin korunması amacıyla, kusurlu eş veya diğer aile bireylerinin, görsel, işitsel, yazılı, internet ve benzeri iletişim araçları ile hakkında koruma kararı verilen aile bireylerini rahatsız etmemesi için hükmedilen tedbirdir.

Silâh veya benzeri araçların teslimi tedbiri

MADDE 11 – (1) Silâh veya benzeri araçların teslimi tedbiri; hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinden birisinin korunması amacıyla kusurlu eşe veya şiddet uygulayan diğer aile bireyine ait olan silâh veya benzeri araçların genel kolluk kuvvetlerine teslimi ve tedbir süresinin sonuna kadar adli emanete alınması amacıyla hükmedilen tedbirdir.

Alkollü veya uyuşturucu madde kullanarak konuta veya işyerine gelmeme veya bu maddeleri kullanmama tedbiri

MADDE 12 – (1) Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanarak konuta veya işyerine gelmeme veya bu maddeleri kullanmama tedbiri; hâkim tarafından, aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinin korunması amacıyla, kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin, alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmaması amacıyla uyarılmasıdır.

Muayene ve tedavi tedbiri

MADDE 13 – (1) Muayene ve tedavi tedbiri, hâkim tarafından aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinden birisinin korunması için, kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin bir sağlık kuruluşunda muayene veya tedavisinin sağlanması amacıyla hükmedilen tedbiri ifade eder.

(2) Hâkim, muayene ve tedavinin sağlanması için şiddet uygulayan kişilerin illerde İl Sağlık Müdürlüğüne, ilçelerde Sağlık Grup Başkanlığına başvurmasını kararında belirtir.

(3) Bu kişiler İl Sağlık Müdürlükleri Ruh Sağlığı Şubelerince veya Sağlık Grup Başkanlıklarınca resmî veya kendi istekleri üzerine özel sağlık kurumlarına sevk edilir. İlgilinin tedaviyi sürdürüp sürdürmediği ve yapılan işlemin sonucu İl Sağlık Müdürlüğü veya Sağlık Grup Başkanlığı tarafından Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilir.

Tedbirlerin süresi ve yapılacak ihtarlar

MADDE 14 – (1) Hâkim tarafından hükmedilecek tedbirlerin yerine getirilmesi amacıyla öngörülen süre altı ayı geçemez. Bu süre tedbir kararı verilebilecek yeni bir durumun meydana gelmesi hâlinde hâkim tarafından yeniden tedbir kararı verilmesine engel değildir.

(2) Verilen kararda, hükmolunan tedbirlere aykırı davranılması hâlinde tutuklanacağı ve hakkında hapis cezasına hükmedileceği konusunda şiddet uygulayan eşe veya diğer aile bireyine ihtarla bulunulur.

(3) Koruma kararlarının duruşma yapılmaksızın dosya üzerinden, işin niteliği gereği en kısa sürede verilmesi esastır. Hâkim tarafından gerekli görülmesi durumunda taraflar dinlenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Nafaka ve Tedbir Kararlarının Yerine Getirilmesi ile Diğer Usul İşlemleri

Tedbir kararının Cumhuriyet başsavcılığına iletilmesi ve yerine getirilmesi

MADDE 15 – (1) Koruma kararının bir örneği mahkemece Cumhuriyet Başsavcılığına iletilir. Bu karar Cumhuriyet Başsavcılıklarında tutulacak olan Koruma Kararı Defterine kaydedilir.

(2) Cumhuriyet Başsavcılığı kararın uygulanmasını Genel Kolluk Kuvvetleri marifeti ile izler. Tedbir kararı içeriğine göre tarafların bulunduğu yerin bağlı olduğu kolluk kuvvetine işlem yapılmak üzere ivedilikle gönderilir. Cumhuriyet Savcılığınca gerektiğinde koruma kararının başvuruda bulunanlar tarafından kolluğa götürülmesine olanak tanınır.

(3) Kolluğun izleme görevi, koruma kararının verildiği tarihte başlar. Kolluk kuvveti, koruma kararının içeriğine göre ilgililere bildirimde bulunur. Bu bildirim tutanak altına alınır ve karar süresince tedbirlerin yerine getirilip getirilmediği kontrol edilir. Bu kontrol lehine koruma kararı verilen kişinin:

- a) Bulunduğu konutun haftada bir kez ziyaret edilmesini,
 - b) Birinci derece yakınları ile iletişim kurulmasını,
 - c) Komşularının bilgisine başvurulmasını,
 - ç) Oturulan yerin muhtarından bilgi alınmasını,
 - d) Bulunduğu konutun çevresinde araştırma yapılmasını,
- içerir.

(4) Yukarıda belirtilen veya başka şekilde gerçekleştirilen kontrol işlemleri sonucunda kişinin, aleyhine verilen koruma kararına uymadığının tespit edilmesi halinde bu husus tutanağa bağlanır. Bu tutanağa istinaden genel kolluk

kuvvetleri tarafından resen soruşturma yapılarak evrak en kısa zamanda Cumhuriyet Başsavcılığına intikal ettirilir.

(5) Cumhuriyet Başsavcılığı koruma kararına uymayan eş veya diğer aile bireyleri hakkında Sulh Ceza Mahkemesinde kamu davası açar.

Nafaka

MADDE 16 – (1) Şiddet uygulayan eş veya diğer aile bireyinin, aynı zamanda ailenin geçimini sağlayan yahut katkıda bulunan kişi olması hâlinde, hâkim, bu konuda mağdurların yaşam düzeylerini dikkate alarak, daha önce Türk Medeni Kanunu hükümlerine göre nafakaya hükmedilmemiş olması koşuluyla herhangi bir talep olmasa dahi tedbir nafakasına hükmedebilir.

(2) Tedbir nafakasına ilişkin kararın bir örneği, mahkeme tarafından re'sen ilgili icra müdürlüğüne gönderilir. Nafaka ödemekle yükümlü kılınan kişinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumu ile bağlantısı olması durumunda, nafaka, şiddet mağdurunun başvurusu aranmaksızın ilgilinin maaş ya da ücretinden icra müdürlüğü tarafından tahsil edilir.

Harçtan muafiyet

MADDE 17 – (1) Koruma kararı verilmesi için yapılan başvurular ve verilen kararın infazı için yapılan icrai işlemler harca tâbi değildir.

Yürürlük

MADDE 18 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 19 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün bağlı olduğu Bakan yürütür.

GENELGE

Başbakanlıktan:

KONU: Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler.

GENELGE

2006/17

Kadın ve çocuklara yönelik şiddet insanlığın gündemindeki yerini korumaktadır. Bu tür şiddetin en acımasız biçimi kamuoyunda "töre cinayeti" olarak tanımlanan kadına yönelik öldürme olaylarıdır. Kadın ve çocuklara yönelik şiddetin ülkemizde de devam ediyor olması yeni ve acil önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Ekonomik kalkınma ve gelişme ile birlikte eğitim ve kültür düzeyinin yükselmesiyle giderek ortadan kalkacak olan bu sorunların çözümü için kamu kurum ve kuruluşları ile birlikte sivil toplum örgütleri ve vatandaşlarımıza büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir.

Nitekim Türkiye Büyük Millet Meclisi de sosyal bir yara olan bu olguyla ilgilenme ihtiyacı hissetmiş, 28/6/2005 tarihli ve 853 sayılı kararıyla bir araştırma komisyonu teşkil etmiştir. Bu komisyon çalışmalarını tamamlayarak kadın ve çocuklara yönelik şiddetin sebepleri ile alınabilecek önlemleri belirleyen kapsamlı bir rapor hazırlamıştır.

Mezkûr komisyon çalışmaları sonucunda hazırlanan ve Hükümetimizce de benimsenen bu konuda alınacak önlemlere ilişkin öneriler ve bundan sorumlu kuruluşlar ekli listelerde belirtilmiştir. Bu önerilerle ilgili olarak başlatılacak çalışmalarda koordinasyon görevi çocuğa yönelik şiddet konusunda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, kadına yönelik şiddet ve töre/namus cinayetleri konusunda ise Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yerine getirilecektir.

Sorumlu kuruluşların ve bu kuruluşlarla işbirliği içerisinde hareket etmesi gereken kurumların ayrı ayrı belirtildiği önlemlere ilişkin çalışmalar, koordinatör olarak belirlenen Genel Müdürlüklerle işbirliği içerisinde derhal başlatılacaktır. Sorumlu kurumlar tarafından görev alanına giren konularda hazırlanacak ayrıntılı faaliyet raporlar üçer aylık dönemlerle ilgili koordinatör kuruma gönderilecektir.

Bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Recep Tayyip ERDOĞAN
Başbakan

A. ÇOCUĞA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDAKİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN YAŞAMA GEÇİRİLMESİNDE KOORDİNELİ ÇALIŞMASI GEREKEN KURUMLAR.

ÖNERİLER	SORUMLU KURUM	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUM/ KURULUŞ
KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ TEDBİRLER		
1. Sağlık görevlileri, yargı mensupları, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları, kolluk kuvvetleri ve diğer meslek gruplarının hizmet içi eğitim programlarında çocuklara karşı şiddete yaklaşım konusu yer almalıdır.	Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Üniversiteler	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
2. Emniyet ve jandarma birimlerinde daha fazla kadın memurun görevlendirilmesi ve bu memurların kadına ve çocuğa yönelik şiddet konusunda özel eğitim almış olması sağlanmalıdır.	İçişleri Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Üniversite Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezleri
3. Emniyet ve jandarma birimlerinde, çocuğa yönelik şiddet olgularının doğru tanımlanarak değerlendirilmesini sağlayacak eğitim çalışmaları yapılmalıdır.	İçişleri Bakanlığı	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
4. Diyanet İşleri Başkanlığı, çocuğa yönelik şiddet	Diyanet İşleri Başkanlığı	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel

konusunda; toplumu bilinçlendirmek üzere hutbe ve vaazlar vermeli, yazılı ve görsel yayınlar yapmalı ve çeşitli etkinlikler düzenlemelidir.		Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
5. Mülki idare amirlikleri ve yerel yönetimlerce, çocuğa yönelik şiddetle ilgili broşürler ve diğer tanıtıcı materyaller hazırlanarak, halka açık alanlarda ve kamu hizmet birimlerinde dağıtımı sağlanmalıdır.	Valilikler, Belediyeler	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
6. Kent yapılanmasında sadece okul çocuklarının değil, değişik yaş gruplarındaki gençlerin de çeşitli faaliyetlerde bulunabileceği sosyal tesisler kurulmalı, var olanlar aktif hale getirilmelidir.	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Valilikler, Belediyeler	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, İlgili Meslek örgütleri ve İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
KURUMSAL HİZMETLER		
1. Devlet, çocuklara yönelik her türlü şiddet eylemini ortadan kaldıracak önlemlerin bir devlet politikası olarak uygulanmasını sağlamalıdır. Bu alana yönelik bir bütçe oluşturulmalı, söz konusu bütçenin etki ve sonuçları görünür kılınmalıdır.	TBMM, Başbakanlık ve diğer ilgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
2. Çocuğa yönelik şiddetin önlenmesi için sorunun temeline inilerek, ekonomik, yasal, kurumsal, eğitsel ve kültürel alanlara yönelik olarak eş zamanlı, paralel düzenlemeler yapılmalıdır.	Başbakanlık ve diğer ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler, Üniversiteler, İlgili Meslek örgütleri ve İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
3. Çocuğa yönelik şiddete karşı alınacak önlemler ulusal plan çerçevesinde ve kapsamlı olarak belirlenmelidir. Söz konusu plan hazırlanırken, toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip olması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	
4. Toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların ana plan ve programlara entegrasyonu, sektörler ve disiplinler arası işbirliğinin sağlanması, programların ve sonuçların izlenme ve değerlendirilmesi için gerekli mekanizmaların oluşturulması, mevcut mekanizmaların işler hale gelmesi sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversite Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezleri, İlgili Meslek Örgütleri ve İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
5. Ülke çapında ilgili tüm sivil ve resmi kuruluşları kapsayacak "2006-2010 Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Eylem Planı" hazırlanmalı ve uygulamaları takip edilmelidir.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, Yerel Yönetimler, Üniversiteler, İlgili Meslek örgütleri ve İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
6. SHÇEK bünyesinde hizmet veren "183 Aile, Çocuk, Kadın ve Sosyal Hizmet ve Özürlü Çağrı Merkezi"nin daha işlevsel kılınması ve bunun için gerekli tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
7. Ülke genelinde 24 saat hizmet verecek ücretsiz "ALO ŞİDDET HATTI" oluşturulmalıdır. Bu hatlarda şiddet konusunda eğitim almış personelin görev yapması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel sektöre ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
8. Ülkemizde aile içinde şiddete uğramış (fiziksel, ruhsal, cinsel) çocuklara yönelik hizmetlerin sunulabileceği kurumlar ve acil yardım hatları henüz tam olarak kurumsallaştırılamamıştır. Bu nedenle bu alanlarda kurumsallaşma ivedilikle sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sektöre ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
9. Çocuğa yönelik şiddet konusunda ulusal bir veri tabanı bulunmamaktadır. Eldeki veriler de	Türkiye İstatistik Kurumu	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları (İçişleri Bakanlığı,

çok yetersizdir. Bu nedenle bu konularla ilgili Bakanlıkların veri toplaması ve toplumun kullanımına açık veri tabanları oluşturmaları sağlanmalıdır. Tarama sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için, toplanmak istenen istatistiğe yönelik soru setleri hazırlanmalı ve sonuçların tek elden (Türkiye İstatistik Kurumu) toplanarak değerlendirilmesi gerekmektedir.		Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Üniversiteler v.b.)
10. Çocuk ıslahevlerinin amacına uygun çalışmasını engelleyen eksikliklerin giderilmesi, daha etkin hizmet verebilmesi için denetimlerin yapılması sağlanmalı ve çocukların yetişkinlere özgü tutukevlerinde tutulmamaları için gerekli alt yapı oluşturulmalıdır.	Adalet Bakanlığı	İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşları, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
EGİTİM		
1. Zorunlu eğitim 11 (on bir) yıla çıkarılmalıdır. Söz konusu zorunlu eğitimden ülke genelinde tüm çocukların yararlanması için gerekli tüm tedbirler alınarak, bu konuda denetimlerin yapılması sağlanmalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Valilikler, Yerel Yönetimler, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
2. İlköğretimin zorunlu olması nedeniyle, bu zorunluluğun ihlali durumunda ilgililer hakkında yasal prosedür titizlikle işletilmelidir. Gerek bu konuda gerekse ekonomik yönden istismar edilen çocukların takibi ve gerekli önlemlerin alınması konusunda ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile yerel yönetimler koordineli olarak çalışmalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Valilikler, Yerel Yönetimler, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
3. Kız çocuklarının eğitimlerini tamamlamaları büyük önem taşımaktadır. Özellikle kız çocuklarının okullaşma oranlarının artırılmasına yönelik olarak yapılan kampanyaların sürekliliği sağlanarak, sonuçlarının izlenmesine önem verilmeli ve kızların kesintisiz olarak öğrenimlerine devam etmelerini sağlayıcı önlemler alınmalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Valilikler, Yerel Yönetimler, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları, Medya
4. Özellikle ekonomik yönden geri, geleneksel değerlerin hakim olduğu kırsal bölgelerde kız çocuklarının eğitime katılmalarını sağlamaya yönelik olarak yatılı kız bölge okullarının (ilköğretim ve ortaöğretim) açılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.	Milli Eğitim Bakanlığı	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Valilikler, Yerel Yönetimler, Özel Sektör Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları
5. Geçici tarım işçisi olan ailelerin çocuklarının ilköğretim eğitimi almaları ve eğitimlerini tamamlamaları sağlanmalıdır. Bu yönde mobil eğitim ve benzeri projeler geliştirilmelidir. Yerel yöneticiler bu konuyu takip etmeli ve uygulanmasını sağlamalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Valilikler, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları
6. Eğitim materyallerinde kadın ve erkek eşitliğini yok sayan, görmezden gelen ya da zedeleyen anlayışları ortadan kaldıran öğelerinden ayıklanması gerekmektedir.	Milli Eğitim Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
7. İlköğretimden başlayarak eğitimin her aşamasında (örgün ve yaygın eğitim de dahil olmak üzere) şiddet ve toplumsal cinsiyet duyarlılığı konularını içeren ve çocuklara kendi bedenlerini tanımayı öğreten eğitim programları hazırlanarak uygulamaya konulmalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
8. Okul yönetimleri, sınıf öğretmenlerinin ve rehber öğretmenlerin çocuğa yönelik şiddetin tanınması ve yetkili makamlara bildirilmesi konusunda duyarlılıkları artırılmalıdır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
9. Çocuğa yönelik şiddetle ilgili yasaların ve	Milli Eğitim Bakanlığı	İlgili tüm kamu kurum ve

Çocuk Hakları Sözleşmesinin okullarda öğretilmesi ve okullardaki şiddeti ortadan kaldırmak için çok yönlü bir kampanya başlatılması ve bu kampanyanın toplumsal seferberliğe dönüştürülmesi gerekmektedir. *		kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel), Sivil Toplum Kuruluşları
10. Ailelere çocuk eğitimi ve çocuk yetiştirme yöntemlerin verildiği "Ana-Baba Okulları" programları yaygınlaştırılarak kurumsal alt yapı oluşturulmalıdır.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları, Üniversiteler, Yerel Yönetimler
11. Ülkemizde tecavüz ve ensest gibi konular ciddi sorunlar arasında yer almasına rağmen hâlâ bunların tabu sayılmasıyla mücadele edilerek, cinsel şiddet türleri, nedenleri, önleme yolları konusunda halkın bilinçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İlgili tüm kamu kurum ve kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel), Sivil Toplum Kuruluşları, Üniversiteler
12. Çocuğa yönelik şiddet konusunda anne babalar ve bakım veren kişilerin çocuğa yaklaşım ve çocuk terbiyesi alanlarında zihniyet dönüşümünü sağlayacak eğitim programlarına öncelikle yer verilmelidir.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları, Üniversiteler, Yerel Yönetimler
13. Çocuğa yönelik şiddet konusunda zararlı gelenek ve görenekler tespit edilerek ayıklanmalı ve kişilerin söz konusu davranış şekillerini değiştirmelerini sağlayıcı eğitim programları hazırlanmalıdır.	Kültür ve Turizm Bakanlığı	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
14. Çocuğa yönelik şiddetle ilgili bilgilendirici spot eğitim filmlerinin görsel medyada sık aralıklarla gösterilmesi sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
SAĞLIK		
1. Sağlıkla ilgili yüksek öğrenim kurumlarında mezuniyet öncesi eğitim programlarına çocuğa yönelik şiddeti tanıma, gerekli müdahaleleri yapabilme ve şiddet gören çocuğu korumak amacıyla gerekli mekanizmaları çalıştırabilme konularında dersler konulmalıdır.	Üniversitelerarası Eğitim Komisyonu, Üniversitelerin Eğitim Müfredat Komisyonları	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
2. Sağlık kuruluşlarına başvuran şiddet mağduru çocuklara sunulacak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri planlanırken, tüm sağlık kurumlarında hizmet sunucu olan hekim ve hemşire gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra çocuğa yönelik şiddet tanıma, tespit etme ve bildirim konusunda eğitilmiş sosyal hizmet uzmanı ve psikologların yer alacağı bir modelin oluşturulması sağlanmalıdır.	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları
HUKUK		
1. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununa ilişkin alt yapıların ivedilikle oluşturulması yönündeki çalışmalar hızlandırılmalıdır.	Adalet Bakanlığı	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları,
2. CMK'nun "tanıkların dinlenmesi" başlıklı 52 inci maddesinin (3). fıkrasında çocuk mağdurların tanık olarak dinlenmeleri sırasındaki görüntü ve seslerin kayda alınmasının zorunlu olduğuna dair hükmün, "5320 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun Yürürlük ve Uygulama Şekli Hakkında Kanunun 12 inci maddesinin ikinci fıkrası" uyarınca, bu fıkranın (a) ve (b) bentlerinin 1 Temmuz 2006 tarihinde yürürlüğe gireceği yönündeki düzenleme gözetilerek anılan yasal düzenlemenin bir an önce hayata geçirilmesi için alt yapının ivedilikle	Adalet Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı

oluşturulması gerekmektedir.		
3. Şiddet ve özellikle ensest faillerinin rehabilitasyona tabi tutulmalarının yasal bir zorunluluk haline getirilmesi ve masrafların failler tarafından karşılanması yönünde yasal düzenlemelere gidilmelidir.	Adalet Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Barolar
4. Hak arama sürecindeki yasal prosedür mağdurlar lehine basitleştirilmeli, sağlıkla ilgili kayıtlar başta olmak üzere gerekli belge ve kayıtların ücretsiz hazırlanması sağlanmalı ve bunun için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları
5. Çocuğun beden muayenesinde, çocuğun "aydınlatılmış onamının" alınması yönünde yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Adalet Bakanlığı	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları

B. KADINA YÖNELİK ŞİDDET KONUSUNDAKİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN YAŞAMA GEÇİRİLMESİNDE KOORDİNELİ ÇALIŞMASI GEREKEN KURUMLAR.

ÖNERİLER	SORUMLU KURUM	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUM/KURULUŞ
KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ TEDBİRLER		
1. Devlet, kadın ve erkek arasındaki ekonomik eşitsizliğin ortadan kaldırılması için gerekli tedbirleri almalıdır.	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, Özel Sektör, Üniversiteler
2. İşe alınmada eşitliği sağlayıcı önlemler alınmalı, işyerinde cinsiyete dayalı ayrımcılığın olmaması için işverenlerin ve yöneticilerin gerekirse pozitif ayrımcılık yapmaları gerekmektedir.	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, Özel Sektör
3. Kadınların istihdam olanakları ve iş kurmak için gereksinim duydukları kredi almalarını kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Kamu ve Özel Sektör Bankaları	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları
4.4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun tanıtımı yönünde çok yönlü çalışmalar yapılmalıdır.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
5. Evlilik öncesi çiftlerin yardım almaları konusunda "Evlilik ve Evlilik Danışmanlığı" hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
6. Kadın-erkek eşitliğini önemseyen, kadın haklarının gelişmesi konusunda destek veren erkek gruplarının sayısının artırılması konusunda gerekli önlemler alınmalıdır.	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Sivil Toplum Kuruluşları
7. Eğitimini yanda bırakmış kadınların eğitimlerini tamamlayabilmeleri ve aktif olarak iş yaşamına katılmaları için ihtiyaç duydukları destek hizmetleri (yuva, kreş, gündüz bakımevi gibi) sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Milli Eğitim Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör
8. Aile Mahkemeleri ve Çocuk Mahkemelerinde görev yapacak yargı mensuplarının, pedagogların, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların toplumsal cinsiyet bakış açısı eğitimi alması ve 4787 s. Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanunu uyarınca bu mahkemelerde görev alacak pedagogların, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların kadrolarına atanmaları en kısa sürede yapılmalıdır.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Üniversiteler
9. Belediyelerin ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın	Milli Eğitim Bakanlığı, Yerel	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü,

Halk Eğitim Merkezleri ile SHÇEK' in Toplum Merkezleri'nde kadın çalışmaları yapılmalıdır. Sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği sağlanarak söz konusu merkezlerde okur-yazarlık, kadının insan hakları, toplumsal cinsiyet rolleri, özgüven gibi kadına yönelik güçlendirici çalışmalar yapılmalıdır.	Yönetimler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları
10. Kadına yönelik şiddetle ilgili spot filmler üretilmeli, ulusal, bölgesel ve yerel medyada ulusal bir kampanya çerçevesinde gösterilmesi sağlanmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
11. Kadına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin mülki idare amirlikleri ve yerel yönetimlerce broşürler hazırlanmalı, hazırlanacak bu broşürlerin, halka açık alanlarda ve kamu hizmet birimlerinde dağıtımı sağlanmalıdır.	Valilikler, Yerel Yönetimler	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları,
12. Diyanet İşleri Başkanlığı, kadına yönelik şiddetin önlenmesi konusunda; toplumu bilinçlendirmek üzere hutbe ve vaazlar vermeli, yazılı ve görsel yayınlar yapmalı ve çeşitli etkinlikler düzenlemelidir.	Diyanet İşleri Başkanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
13. Bütün kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarında kadına yönelik şiddet konusunda duyarlılığı ve sorumluluğu artırıcı bir kampanya düzenlenmeli bu alanda yapılmış olumlu girişimlerin duyurulması sağlanmalıdır.	Özel Sektör Kuruluşları, Sendikalar	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
14. Kent planlamasında, sokak ve parkların iyi aydınlatılması ve kadınların acil telefon hatlarına kolay ulaşabilmesini sağlamak amacıyla telefon kulübelerinin sayılarının artırılması gibi kadına yönelik şiddetin önlenmesi konusunda gerekli hizmetlerin sunulması sağlanmalıdır.	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Yerel Yönetimler	Ulaştırma Bakanlığı, Özel Sektör
HİZMET KURUMLARI		
1. TBMM bünyesinde "Kadın-Erkek Eşitliği Komisyonu" adı ile daimi bir komisyon oluşturulmalıdır.	TBMM	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
2. Şiddete uğrayan ve özellikle sığınma evlerindeki ihtiyacı olan kadınları danışma merkezleri ile sığınaklara başvuran kadınları ekonomik olarak güçlendirmek, yeniden ev kurmalarını sağlamak amacıyla bir "Kadın Destek Fonu" oluşturulmalı ve kadınların uygun işlere yerleştirilmesi sağlanmalıdır.	Başbakanlık	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Özel Sektör, Sivil Toplum Kuruluşları
3. Avrupa Birliği bünyesinde yürütülmekte olan çocuklar, gençler ve kadınlara karşı şiddetin önlenmesine yönelik DAPHNEII (2004-2008) programını ülkemiz de imzalamalıdır.	Başbakanlık	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
4. Kadın erkek eşitliğine aykırı politikalar, yasal düzenlemeler ve uygulamalar kaldırılmalı, toplumda kadın ve erkek eşitliği sağlanıncaya kadar, kadınlara pozitif ayrımcılık yapılması bir devlet politikası olarak kabul edilmelidir.	Başbakanlık ve Diğer İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
5. Yasa koyucuların, kadınları doğrudan ilgilendiren kanunların yapım sürecinde, ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra, sivil toplum kuruluşlarının ve üniversitelerin kadın araştırma ve uygulama merkezlerinin de görüş ve	Başbakanlık ve Diğer İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları	

önerilerini alınmalıdır.			
6. Devlet kadınlara yönelik her türlü şiddet eyleminin önlenmesini bir devlet politikası olarak kabul etmelidir. Bu alana yönelik bir bütçe oluşturularak, toplumsal cinsiyet rolleri açısından bütçelerin etki ve sonuçları görünür kılarak, toplumsal cinsiyete dayalı bütçe analizleri yapılmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
7. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde bir "Kadına Yönelik Şiddet İzleme Komitesi" kurulmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
8. Toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların devletin bütün ana plan ve programlarının içine entegre edilmesi, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması, programların ve sonuçların izlenme ve değerlendirilmesi için gerekli mekanizmaların oluşturulması ve var olan mekanizmaların işler hale getirilmesi sağlanmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
9. Kadına yönelik şiddete karşı alınacak önlemler bir ulusal plan çerçevesinde yasal, kurumsal, eğitsel ve kültürel alanlara yönelik, kapsamlı olarak belirlenmelidir. Bu plan hazırlanırken toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip bir plan olması sağlanmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
10. Ülke genelinde tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler ve özel sektör çalışanlarına yönelik "toplumsal cinsiyet eşitliği" eğitimi verilmesinin zorunlu hale getirilmesi sağlanmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri, Özel Sektör
11. Kadından Sorumlu Devlet Bakanlığı koordinasyonunda bütün kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteleri, sivil toplum kuruluşlarını, özel sektör ve yerel yönetimleri de kapsayacak "2006-2010 Kadına Yönelik Şiddetin önlenmesi Eylem Planı" hazırlanmalı ve uygulamaları takip edilmelidir.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör
12. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde çalışmalar yapmakta olan tüm kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, üniversitelerin kadın çalışması yapan araştırma merkezleri ve yerel yönetimler arasında koordinasyonun sağlanarak, ortak bir "hizmet ağı modeli" oluşturulmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Genel	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları
13. SHÇEK bünyesinde hizmet veren "183 Aile, Çocuk, Kadın ve Sosyal Hizmet ve Özürlü Çağrı Merkezi"nin çalışmasındaki sorunların giderilmesi, daha işlevsel kılınması ve bunun için gerekli tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Çocuk Genel	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
14. Ülke genelinde 24 saat hizmet verecek ücretsiz "ALO ŞİDDET HATTI" oluşturulmalıdır. Bu hat da şiddet konusunda eğitim almış personelin görev yapması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Çocuk Genel	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Üniversite ve Özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
15.4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun'un uygulanması aşamasında daha etkili bir sonuca ulaşmak için şiddet uygulayan bireylerin rehabilitasyona tabi tutulmaları konusunda gerekli bütün yasal ve kurumsal alt yapı oluşturulmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Çocuk Genel	Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı
16. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) için bütçeden ayrılan pay artırılmalı, kadın sığınma evleri/kadın	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Yerel	Çocuk Genel	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları

konukevleri nitelik ve nicelik açısından Avrupa Birliği standartlarına uygun hale getirilmeli ve hizmet sunacak personelin kadın bakış açısına sahip olması sağlanmalı, anılan merkezlerin gizlilik ilkesine uygun olarak hizmet vermeleri konusunda gerekli özen gösterilmelidir.	Yönetimler	
17. Kadın sığınma/konuk evlerinin kuruluşu ve işletilmesi ile ilgili mevzuatın gözden geçirilerek Avrupa Birliği standartları doğrultusunda yeniden hazırlanması ve yerel yönetimlere kadın sığınma/konuk evi açma konusunda zorunluluk getirilmesi sağlanmalıdır. Açılan kadın sığınma/konuk evlerinin mevzuatta belirtilen standartlara uygunluğu düzenli olarak denetlenmelidir.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	Yerel Yönetimler, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
18. Hak arama sürecindeki yasal prosedür mağdurlar lehine basitleştirilmeli, sağlıkla ilgili kayıtlar başta olmak üzere gerekli belge ve kayıtların ücretsiz hazırlanması sağlanmalıdır. Bu sürecin her aşaması kadının özel hayatına saygılı, kadın koruyucu olmalıdır.	Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı,	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları
19. Şiddet mağduru kadına emniyet birimlerinde uygulanacak prosedür ve atılacak adımlarla ilgili olarak genel broşür hazırlanmalıdır.	İçişleri Bakanlığı	Barolar, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları
20. Sivil toplum kuruluşları tarafından kurulmuş ve kurulacak olan bağımsız kadın sığınma evi ve kadın danışma merkezlerini açma ve işletme girişimleri yerel yönetimler ve İl özel idareleri tarafından mali destek de dahil olmak üzere çok yönlü desteklenmelidir.	Valilikler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler	Sivil Toplum Kuruluşları
21. Şiddet gördüğü için kadın sığınma/konuk evine yerleştirilen kadınların buradan çıktıktan sonra kendi ayakları üzerinde durmayı başarmalarını sağlamak ve desteklemek için kadınlara devletin sahip olduğu kaynaklardan geçici konut tahsisi yapılmalıdır.	Yerel Yönetimler, Toplu Konut İdaresi	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları
22. Kadına yönelik şiddet konusunda ulusal bir veri tabanı bulunmamaktadır. Mevcut veriler de sağlıklı ve yeterli değildir. Bu nedenle bu konularla ilgili Bakanlıkların sağlıklı veri oluşturabilmeleri için toplanacak verilere yönelik standart soru formları hazırlanmalı ve sonuçları tek elde (Türkiye İstatistik Kurumu) toplanarak ulusal veri tabanı oluşturulmalıdır.	Türkiye İstatistik Kurumu	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, Özel Sektör, Sivil Toplum Kuruluşları
23. Kadına yönelik şiddetin neden ve sonuçları ile toplumsal maliyetinin araştırılması ve şiddetin önlenmesine ilişkin projelerin üretilmesi ve gerçekleştirilmesi yönünde ilgili kuruluşlara destek verilmelidir.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	Yerel Yönetimler, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
24. Ülke içinde politika, program geliştirmeyi teşvik edecek bilgilerin daha hızlı üretebilmesi için üniversitelerin Kadın Sorunlarını Araştırma ve Uygulama Merkezleri teşvik edilerek araştırma yapmaları ve yayınlamaları sağlanmalıdır.	Üniversiteler	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları
EĞİTİM		
1. Kadına yönelik şiddet konusunda zararlı gelenek ve göreneklerin tespit edilerek buna yönelik tutum ve davranış biçimlerini değiştirmelerini sağlayıcı eğitim programları hazırlanmalıdır. Kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesine yönelik olarak başta erkekler olmak	Kültür ve Turizm Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları

üzere ailenin tüm bireylerinin eğitilmesi ve özellikle öfkenin kontrolü ve kişiler arasında sağlıklı iletişim becerileri konusunda yaygın eğitim programlarının hazırlanmasında devletin gerekli çalışmaları yapması gerekmektedir.		
2. Özellikle ekonomik yönden geri, geleneksel değerlerin hakim olduğu kırsal bölgelerde kız çocuklarının eğitime katılmaların sağlamaya yönelik olarak kız yatılı ilköğretim ve ortaöğretim bölge okullarının açılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.	Milli Eğitim Bakanlığı	Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör
3. Askerlik eğitiminde, camilerde, kahvehanelerde, çok sayıda erkek çalışan istihdam eden kuruluşlarda kadına yönelik şiddet konusunda erkeklere yönelik zihniyet dönüşümünü sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir.	Milli Savunma Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Diyanet İşleri Başkanlığı, Valilikler.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları
4. Şiddete uğrayan kadınların başvurabilecekleri, rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri merkezlerin tanıtımı ile kadınlara yönelik bilinç yükseltme ve eğitim çalışmaları konusunda ulusal bir bilgilendirme kampanyası yürütülmelidir.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Valilikler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Yerel Yönetimler	Sivil Toplum Kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
6. Sağlık görevlileri, yargı mensupları, kolluk kuvvetleri, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları, ve diğer meslek gruplarının lisans ve hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusu yer almalıdır.	Üniversitelerarası Eğitim Komisyonu, Üniversitelerin Eğitim Müfredat Komisyonları	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
SAĞLIK		
1. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışan sağlık personelinin kadına yönelik şiddeti tanınması, tespit etmesi, gerekli müdahaleleri yapabilmesi ve şiddete uğrayan kadınları uygun kuruluşlara yönlendirmeleri için gerekli alt yapının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmelidir.	Sağlık Bakanlığı, Üniversitelerarası Eğitim Komisyonu, Üniversitelerin Eğitim Müfredat Komisyonları, Üniversite ve Özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları
2. Tüm sağlık kuruluşlarında şiddet mağduru kadınlara yönelik özel birimlerin oluşturulması zorunlu hale getirilmelidir. Bu birimlerde hekim ve hemşire gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra kadına yönelik şiddet konusuna duyarlı sosyal hizmet uzmanı ve psikologların çalışması sağlanmalıdır. Bu birimde çalışanların kadına yönelik şiddeti tanıma, ve şiddet gören kadına yönelik hizmet veren mekanizmaları harekete geçirebilmek için gerekli bildirim yapmaları sağlanmalıdır.	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları
3. Aile planlaması hizmetleri başta olmak üzere bütün üreme sağlığı hizmetlerinin özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında kadınlar için ücretsiz, ulaşılabilir ve kaliteli bir şekilde verilmesi sağlanmalıdır.	Sağlık Bakanlığı	
HUKUK		
1."Çerçeve Eşitlik Yasası"nın ivedilikle çıkarılması gerekmektedir.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve ilgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları
2. Anayasamızın "Kanun önünde eşitlik" başlıklı 10. maddesine göre; "Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din,	Adalet Bakanlığı	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları

mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. (Ek fıkra:7/5/2004-5170/l.md; Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir.Devlet, bu eşitliğin yaşama geçirilmesini sağlamakla yükümlüdür.. hükmünün gereği olarak devlet bu amir hükmü hayata geçirecek başta yasal düzenlemeler olmak üzere gerekli her türlü tedbiri almalıdır.		
3. Yürürlükteki mevzuatımızdaki kadın-erkek eşitliğini zedeleyen düzenlemelerin ayıklanması yönünde gerekli çalışmalar yapılması gerekmektedir.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları
4. 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun'un 1. maddesinde geçen "kusurlu eş" ibaresinin "şiddet uygulayan birey" şeklinde düzeltilmesi; hakimın anılan yasa kapsamında hükmedebileceği tedbirlere ilişkin olarak yasanın 1. maddesinin (f) bendinde geçen "ortak konut" ibaresinin yanına "veya şiddete maruz kalan bireyin işyerine gelmemesi" ibaresinin de eklenmesinin, ayrıca 4320 sayılı Kanunun korunma kapsamına mahkemece ayrılık kararı verilen veya yasal olarak ayrı yaşama hakkı olan eşlerden birinin veya çocuklarının da dahil edilmesinin ve mahkemenin vermiş olduğu tedbir hükmünün infazına ilişkin icra işlemlerinin de harçtan muaf tutulması yönünde yasal düzenleme yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları
5. Mevcut yasalarımızda halen kadın bedenini kontrol altında tutmayı amaçlayan, kadının insan haklarının ihlaline neden olan hukuki düzenlemeler ivedilikle yapılmalıdır.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları
6. Siyasi Partiler Yasasında kadınların siyasete katılımını destekleyen düzenlemeler yapılmalıdır.	Adalet Bakanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Siyasi Partiler, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları
7. "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Aynı ve Nakdi Yardım Yönetmeliğinde "sivil toplum kuruluşları tarafından açılmış olan sığınma evlerinde kalan kadınlara kaldıkları süre içinde aynı ve maddi yardım konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	

C. TÖRE/NAMUS CİNAYETLERİ KONUSUNDAKİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN YAŞAMA GEÇİRİLMESİNDE KOORDİNELİ ÇALIŞMASI GEREKEN KURUMLAR

ÖNERİLER	SORUMLU KURUM	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUM/ KURULUŞ
KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ TEDBİRLER		
1. Sistematiik bir zihniyet dönüşümü için ders kitaplarında, günlük konuşmalarda, görsel ve yazılı basında, sinema filmlerinde hatta akademik çalışmalarda, vaaz ve hutbelerde kullanılan geleneksel cinsiyet rol ve kalıplarını erkek egemen zihniyetin hakim olduğu toplumsal yapının yarattığı olumsuzlukları vurgulayan bir söylem geliştirilmelidir.	Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür 1 ve Turizm Bakanlığı, Türk Dil Kurumu, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Yüksek Öğrenim Kurulu, Diyanet İşleri Başkanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
2. Diyanet İşleri Başkanlığı, töre/namus cinayetlerinin önlenmesi konusunda; toplumu	Diyanet İşleri Başkanlığı	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel

bilinçlendirmek üzere hutbe ve vaazlar vermeli, yazılı ve görsel yayınlar yapmalı ve çeşitli etkinlikler düzenlemelidir. Bu etkinliklerinde Diyanet İşleri Başkanlığı geleneksel cinsiyet rol ve kalıplarını, ataerkil yapının yarattığı olumsuzlukları vurgulayan ahlaki söyleme sahip bir dil kullanmalıdır.		Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
3. Töre/namus cinayetleri konusunda Devlet, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler ortak kampanyalar düzenlemelidir. Bu kampanyalarda kadınların yanı sıra erkeklerin de şiddete karşı bilinç yükseltici eğitim almaları sağlanmalıdır. Erkek ve kadınların alternatif davranış biçimleri geliştirmelerine destek veren programlar oluşturulmalı, kendini ifade yollarını bulmak ve iletişim kurma olanaklarını artırmak için sorun çözüme tekniklerini anlatan programlar geliştirilmelidir.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
4. Töre/namus cinayetlerinin önlenmesine yönelik bilgilendirici spot filmlerin üretilerek, görsel medyada sık aralıklarla gösterilmesi sağlanmalıdır.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	Üniversiteler ve İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları, Televizyon Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
KURUMSAL HİZMETLER		
1. Töre ve namus konusunda toplumda yerleşik ön kabullerin veya geleneksel anlayışın tersine çevrilmesi sağlanmalıdır.	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
2. Devletin yasalardan ve uluslararası sözleşmelerden doğan yükümlülükler doğrultusunda gerekli düzenlemeleri yapması, yasalardaki anlayış değişikliğinin uygulamaya yansıtılabilmesi için gerekli mesleki eğitim çalışmalarının yapılması ve yasaların sıfır toleransla uygulanması sağlanmalıdır.	Adalet Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Üniversiteler	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları (Ulusal, Bölgesel ve Yerel)
3. Ülke çapında ilgili tüm sivil ve resmi kuruluşları kapsayacak "2006-2010 Töre/Namus Cinayetlerinin önlenmesine Yönelik Eylem Planı" hazırlanmalı ve uygulamaları takip edilmelidir.	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları
4. Ülke genelinde 24 saat hizmet verecek ücretsiz "ALO ŞİDDET HATTI" oluşturulmalıdır. Bu hatlarda şiddet konusunda eğitim almış personelin görev yapması sağlanmalıdır.	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel Sektöre Ait Sağlık Kuruluşları, Barolar
5. Töre/namus cinayetlerinin önlenmesine yönelik olarak yerel düzeyde Valilik, Emniyet, Jandarma, Belediye, Müftülük, Üniversite, sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinin katılımıyla komiteler oluşturulmalıdır.	Valilikler	İl Emniyet Müdürlüğü, İl Jandarma Komutanlığı, Belediyeler, Müftülük, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları
6. Töre/namus cinayetleri konusunda ulusal düzeyde veriler bulunmamaktadır. Mevcut veriler de sağlıklı ve yeterli değildir. Bu nedenle bu konularla ilgili Bakanlıkların sağlıklı veri oluşturabilmeleri için toplanacak verilere yönelik standart soru formları hazırlanarak sonuçları tek elde (Türkiye İstatistik Kurumu) toplanmalı ve kadına yönelik şiddet konusunda oluşturulacak veriler ulusal veri tabanına entegre edilmelidir.	Türkiye İstatistik Kurumu	İlgili Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları
7. Töre/namus cinayetlerinin nedenlerine, sonuçlarına, maliyetine ve önleme yöntemlerine ilişkin projelerin üretilmesi ve gerçekleştirilmesi yönünde ilgili kuruluşlara destek verilmelidir.	Devlet Planlama Teşkilatı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile	Yerel Yönetimler, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları

	ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	
8. Kadın ve erkek arasındaki eşitsizliklerin giderilebilmesi için kadının her alanda güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla üniversitelerin Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezlerinin teşvik edilerek, araştırma yapmaları ve yayınlamaları sağlanmalıdır.	Üniversiteler	Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
EGİTİM		
1. Özellikle ekonomik yönden geri, geleneksel değerlerin hakim olduğu kırsal bölgelerde kız çocuklarının eğitime katılmalarını sağlamaya yönelik olarak yatılı kız bölge okullarının (ilköğretim ve ortaöğretim) açılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.	Milli Eğitim Bakanlığı	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Valilikler, Yerel Yönetimler, Özel Sektör Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları

D. MEDYA VE ŞİDDET KONUSUNDAKİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN YAŞAMA GEÇİRİLMESİNDE KOORDİNELİ ÇALIŞMASI GEREKEN KURUMLAR

ÖNERİLER	SORUMLU KURUM	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUM/ KURULUŞ
1. Ülkemizde mevcut medya hukukunun öncelikle 3986 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınlarına İlişkin Kanunun ile bu Kanuna uygun olarak çıkarılan Yönetmeliklerin teknolojik gelişmelere uygun olarak güncelleştirilmesi "cinsiyet ayrımcılığı", "çocuk istismarı" ve "şiddet" içerikli yayınlara uygulanan müeyyidelerin caydırıcılıktan uzak kaldığı göz önünde bulundurularak yaptırım gücünün artırılmasına ve güncelliklerini yitirmeden uygulanabilmelerine yönelik düzenlemelerin yapılması, uygulanabilir bir mevzuatın yaratılması,	TBMM, İlgili Devlet Bakanlığı RTÜK	İlgili Kurum ve Kuruluşlar,
2. Avrupa Birliği Müktesebatının üstlenilmesine ilişkin (24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 Mükerrer sayılı Resmi Gazete) Türkiye Ulusal Programında Kültür ve Görsel İşitsel Politikanın öncelikler bölümünde de yer alan; küçüklerin ve insan onurunun korunmasında güçlü ve etkili bir seviyenin elde edilmesine yönelik ulusal çerçeveleri geliştirerek Avrupa görsel-ışitsel ve bilgi hizmetleri endüstrisinin rekabet edebilirliğinin geliştirilmesi hakkındaki 24 Eylül 1998 tarihli Konsey Tavsiye Kararı (31998H0560) Yeni medya hizmetlerinin gelişimi çerçevesinde öz-denetimin rolü hakkındaki 27 Eylül 1999 tarihli Konsey Sonuç Kararı (31999Y 1006(02) ilişkin olarak yayın kuruluşlarının kendi öz-denetim birimlerini kurarak bir an önce kamusal yayıncılığın gereği kendi sorumlu yayıncılık ilkelerini yerleştirmeleri,	Yazılı ve Görsel-ışitsel Medya Kuruluşları,(Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Yazılı Basın, Bilgi Hizmetleri ve Haber Ajansları	Avrupa Birliği Genel Sekreterliği İlgili Kurum ve Kuruluşlar
3. Yayın planlamasında, yayın genel akışı içinde,yayın içeriğinde, çocuk istismarı ile cinsiyet ayrımı, şiddet, pornografi, kadını küçültücü, incitici ve önyargılı yayınların yapılmaması için yayın kanallarının kendi "ETİK" değerlerini yerleştirmeleri ve yayın kimliğini öne çıkarmalarının sağlanması,	Yazılı ve Görsel-ışitsel Medya Kuruluşları,(Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Yazılı Basın, Bilgi Hizmetleri ve Haber Ajansları	İlgili Kurum ve Kuruluşlar
4. Özellikle radyonun yaygın gücü ve tüm ailenin birlikte olduğu, televizyon izlediği saatlerde ve yayının genel akışında "Çocuk programları" özellikle "REKLAM	Yazılı ve Görsel-ışitsel Medya Kuruluşları,(Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Bilgi Hizmetleri ve Haber Ajansları	İlgili Kurum ve Kuruluşlar

KUŞAKLARI'nda çocuk istismarının önlenmesi,		
5. Tüm yayın kanallarında, yayın içeriği ve planlamasında; evde ve çalışan kadına yönelik hedef kitlesi belirlenen, kadının toplumsal dönüşümünü sağlayacak, bilgilendirici programların öne çıkarılarak çok sayıda izleyiciye, kadına ulaşması için izlenebilirliği yüksek zaman diliminin belirlenmesi, uygulanması,	Yazılı ve Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları,(Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Bilgi Hizmetleri ve Haber Ajansları	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Üniversiteler Kadın Araştırma ve Uygulama Merkezleri, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları,
6. Mevcut Yasa kapsamında, televizyonlarda Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından yayından kaldırılan programlar yerine şiddete karşı duyarlılığı artırıcı, kaliteli ve olumlu mesajlar veren eğitici ikame programların oluşturulması konusunda çalışmalar yapılması,	RTÜK, Görsel Medya Kuruluşları, (Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Bilgi Hizmetleri	İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşları
7. Başta program yapım ve yöneticileri olmak üzere televizyon programlarının üretiminin her aşamasında yer alan medya çalışanlarının "şiddete" ilişkin duyarlılıklarını artırıcı "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği" eğitimi almalarının sağlanması,	Yazılı ve Görsel Medya Kuruluşları;(Kamu ve Özel Ulusal, Bölgesel ve Yerel)Yayın Kuruluşları,	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
8. İzleyiciye medya karşısında "farkındalık" kazandırılması ve bilinçli izleyiciler (öncelikle ebeveynler) oluşturulması konusunda çalışmalar yapılması ve izleyiciye medya okuryazarlığının kazandırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi,	RTÜK, Yazılı ve Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları,(Kamu-Özel Ulusal Bölgesel ve Yerel), Bilgi Hizmetleri ve Haber Ajansları	İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşları Sivil Toplum Örgütleri
9.Ülkemizde medyada karar mekanizmalarında cinsiyetçiliğin ortadan kaldırılması ve eşitliğin sağlanması,	Yazılı ve Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları, (Kamu ve Özel Ulusal, Bölgesel, Yerel Yayın Kuruluşları), Haber Ajansları Basın Meslek Örgütleri	
10. Medyanın kadın ve çocuğa yönelik "şiddetin" pekiştirilmesi ve ortadan kaldırılmasına ilişkin etkisini araştıran ve günümüzde büyük eksiklik olan araştırmaların yapılması	RTÜK, Görsel-İşitsel Medya Kuruluşları, (Kamu ve Özel Ulusal, Bölgesel, Yerel Yayın Kuruluşları)	Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, TÜİK, TRT,
11. Sivil Toplum Kuruluşlarının "Medya İzleme Grupları" oluşturmaları ve medyanın günü gününe izlenmesi oto kontrolün sağlanması,	Basın Meslek örgütleri, Sivil Toplum örgütleri	İlgili kuruluşlar

12 Ekim 2004
SALI

Resmi Gazete

Sayı : 25611

Türk Ceza Kanunu

Kanun No. 5237

Kabul Tarihi : 26.9.2004

BİRİNCİ KİTAP

Genel Hükümler

BİRİNCİ KISIM

Temel İlkeler, Tanımlar ve Uygulama Alanı

BİRİNCİ BÖLÜM

Temel İlkeler ve Tanımlar

Kasten yaralama

MADDE 86. - (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silahla,

İşlenmesi halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

MADDE 87. - (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, ikinci fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, bir yıldan altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, ikinci fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Aile Düzenine Karşı Suçlar

Kötü muamele

MADDE 232. - (1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İdaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.

Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali

MADDE 233. - (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Hamile olduğunu bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.

(3) Velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Çocuğun kaçırılması ve alıkonulması

MADDE 234. - (1) Velayet yetkisi elinden alınmış olan ana veya babanın ya da üçüncü derece dahil kan hısmının, onaltı yaşını bitirmemiş bir çocuğu veli, vasi veya bakım ve gözetimi altında bulunan kimsenin yanından cebir veya tehdit kullanmaksızın kaçırması veya alıkoyması halinde, üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Fiil cebir veya tehdit kullanılarak işlenmiş ya da çocuk henüz oniki yaşını bitirmemiş ise ceza bir katı oranında artırılır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İnci Derya	Soyadı	Yayla
Doğum Yeri	Tirebolu	Doğum Tarihi	16.02.1980
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	35176502188
E-mail	inci_deryayla@yahoo.com.tr	Tel	0505 518 68 10

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2004
Lise	Tirebolu Sağlık Meslek Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Acil Servis Hemşiresi	Yenikent Devlet Hastanesi / Sakarya	4 YIL
2. Acil Servis Hemşiresi	SSK Hastanesi / Sakarya	4 YIL

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	orta	orta	orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	48.9	51.6	54.3
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	Orta
MICROSOFT OFFİCE	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika/Ödülleri/Diğer