

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KADIN HEMŞİRELERE UYGULANAN ŞİDDET
FAKTÖRLERİ VE BİR ARAŞTIRMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Döne GÜNAY

İSTANBUL, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KADIN HEMŞİRELERE UYGULANAN ŞİDDET
FAKTÖRLERİ VE BİR ARAŞTIRMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Döne GÜNAY

Öğrenci No:

130746439

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ

İSTANBUL, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Kadın Hemşirelere Uygulanan Şiddet Faktörleri Ve Bir Araştırma**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eselerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 26/12/2015

Döne GÜNAY

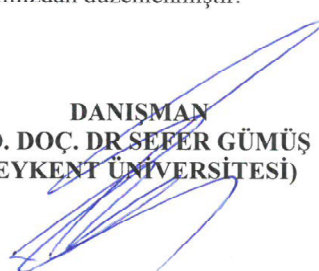


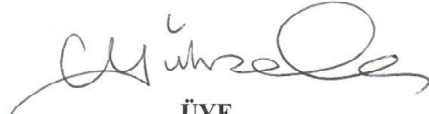
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

26.12.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130746439 numaralı *Döne GÜNAY*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Kadın Hemşirelere Uygulanan Şiddet Faktörleri ve Bir Araştırma*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 01.12.2015 tarih ve 2015/47 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (4.5) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. SEFER GÜMÜŞ
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)


ÜYE
PROF. DR. CEMAL YÜKSELEN
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)

ÜYE
DOÇ. DR. KAMİL USLU
(MARMARA ÜNİVERSİTESİ)



Adı ve Soyadı : Döne GÜNAY
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Hemşire, Kadın, Şiddet, Sağlık, Hastane

ÖZ

KADIN HEMŞİRELERE UYGULANAN ŞİDDET FAKTÖRLERİ VE BİR ARAŞTIRMA

Şiddet dünya toplumlarının çok önemli sorunudur. Ülkeden ülkeye değişir. Kurum ve kuruluşlarda çok çeşitli şiddet değişkenlerine rastlamak mümkündür. Meslek ve meslek gruplarında şiddetin topluma yansımaları, çalışma hayatında başarısız çalışmalara ve çok ciddi sorunlara neden olmaktadır. Özellikle sağlık sektöründe, hastanelerde kadın hemşirelerde şiddet, hastalara ve hemşirelere zarar vermektedir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti hem kadın hem sağlık çalışanı olması açısından hemşireler arasında belirleyip, ilişkili olduğu düşünülen faktörleri sunarak çözüme katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Tez çalışması Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın hemşirelerden ankete geri dönüş yapan 207 sinin cevaplandığı ‘‘Şiddet Olay Formu’’ndan elde edilen verilerin İstatistiksel analizlerinin NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılarak yorumlanmasıyla oluşmuştur. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Yates Continuity Correction test, Fisher’sExact test ve Fisher –FreemanHalton test kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Şiddet Olay Formunda ki yanıtları; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma pozisyonu, şiddete maruz kalma durumu sorularıyla gruplandırılıp, ortalamalarının anlamlılıkları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucu hemşirelerin yüzde 77,3'ünün şiddete maruz kaldığı, saldırganın genelde hasta yakını pozisyonunda ve erkek olduğu, saldırının gerçekleşeceğini hemşirenin önceden yüzde 80,2 oranında hissetmediği, saldırının genelde koridorda ve hemşire yalnız değilken gerçekleştiği, saldırı sonucu hemşirelerin yaşadığı ifade ettiği duygunun en sık korku olduğu, olayın polise yüzde 84,1 oranında bildirilmediği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Name and Surname : Döne GÜNAY
Supervisor : Assist. Prof. Dr. Sefer GÜMÜŞ
Degree and Date : Master, 2015
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Violence, Women, Nurses, Health, Hospital

ABSTRACT

THE FACTORS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN NURSES AND A SURVEY RESEARCH

Violence is a very important problem of world societies. It changes country to country. In institutions and organizations, it's possible to face with various violence types. Reflection of violence to the society in jobs and occupational groups, causes being unsuccessful and very serious problems in business life. Especially in healthcare sector, violence against personnel hurts nurses and patients in hospitals. In this study the aim is to support the solution for violence against healthcare personnel, especially women nurses who are both women and healthcare personnel, by picking the factors that are thought to be connected. The study was formed by interpreting the statistical analysis taken from "Violence Event Form" which is the survey that is answered by 207 of the women nurses of Dr. Sadri Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, by using NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA). While the study data was being evaluated, alongside of the definitive statistical methods (avg, standard deviation, median, ratio) Student test was used on the comparison of normally distributed variables between groups. On the comparison of non-normally distributed parameters, Mann Whitney U test was used. On the comparison of qualitative data, Pearson Ki-Kare test, Yates Continuity Correction test, Fisher's Exact test and Fisher – Freeman Halton test was used. Results

were evaluated in the confidence interval of 95% and relevance was evaluated in the level $p < 0.05$.

The answers of nurses in Violence Event Form were classified according to the questions: “age, educational status, marital status, unit, years in the job, weekly work hours, position and being exposed to violence” and the relevance of averages was compared. The result of the study is that 77,3% of nurses are exposed to violence, the attacker is generally relevant to the patient and male, nurses cannot detect the attack before it happens by 80,2%, the attack is generally done in corridor and while the nurse is not alone, the most felt emotion after attack is fear and the event is not reported to the police by 84,1%.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ	i
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM HEMŞİRELİK VE ŞİDDET

1.1. Hemşirelik Tanımları.....	3
1.2. Hemşirelik Süreci.....	5
1.2.1. Meslek Kavramı.....	6
1.2.2. Profesyonellik Kavramı.....	7
1.2.3. Hemşireliğin Meslekleşme Süreci ve Profesyonellik	7
1.3. Hemşirenin Görev Ve Sorumlulukları.....	9
1.4. Şiddet Tanımları.....	11
1.5. Şiddete Neden Olan Etkenler.....	13
1.5.1. Biyolojik Etkenler	13
1.5.2. Psikolojik Etkenler	14
1.5.3. Çevresel Etkenler	15
1.6. Şiddet Teorileri	15
1.6.1. Biyolojik Teori	16
1.6.2. Sosyal Öğrenme Teorisi.....	17
1.6.3. Zedelenme ve Saldırganlık Teorisi.....	18
1.7. Şiddetin Sınıflandırılması	19
1.7.1. Fiziksel Şiddet	19
1.7.2. Sözel Şiddet	20
1.7.3. Psikolojik Şiddet	21
1.7.4. Cinsel Şiddet	22

İKİNCİ BÖLÜM

KADINA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

2.1. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	27
2.1.1. Bireysel Nedenler	28
2.1.2. Ailede şiddet öyküsünün etkileri	29
2.1.3. Kişilik bozukluklarının etkisi	30
2.1.4. Kişiler arası ilişkinin biçimi ile ilgili faktörler	30
2.1.5. Toplumsal faktörler	30
2.1.6. Kültürel Faktörler	31
2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	32
2.2.1. Duygusal/Psikolojik ve Sözel Şiddet	32
2.2.2. Ekonomik Şiddet	34
2.2.3. Cinsel Şiddet	35
2.2.4. Fiziksel Şiddet	36
2.3. Kadının Şiddet Ortamında Kalmasına Neden Olan Faktörler	36
2.3.1. Sosyal Değerler	37
2.3.2. Toplumsal Değerler Sistemi	37
2.3.2.1. Gelenek ve Örf – Adetlere dayalı Kadınlık Rolü	38
2.3.2.2. Evin ve Evliliğin Mahremiyeti	38
2.3.2.3. Anne ve Babanın Beraber Olduğu Aileler Tercih Edilir	39
2.3.2.4. Kadının Kendini Suçlaması	39
2.4. Kadına Karşı Şiddette Kültürel Yapının Etkisi	39
2.5. İşyerinde Şiddet (Mobbing)	41
2.6. Sağlık Çalışanlarına Şiddet	43
2.7. Hemşirelere Yönelik Şiddet	46
2.8. Şiddet ve Yasalar	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
KADIN HEMŞİRELERE UYGULANAN ŞİDDET FAKTÖRLERİ VE BİR
ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı	48
3.2. Araştırmanın Önemi	48
3.3. Araştırmanın Evreni	49
3.4. Araştırmanın Örneklemi	49
3.5. Verilerin Toplanması.....	49
3.6. Araştırmanın Metodu.....	50
3.7. Araştırma Soruları	50
3.8. Bulgular ve Yorum.....	52
SONUÇ	83
KAYNAKÇA	85
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1: Erkeğin Birlikte Olduğu Kadına Şiddet Uygulanmasına İlişkin Faktörler	29
Tablo 2: Personeli Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	53
Tablo 3: Saldırıyı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	54
Tablo 4: Saldırı Nedenine İlişkin Öngörülerin Dağılımı	56
Tablo 5: Saldıranı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	57
Tablo 6: Saldırıya Maruz Kalınan Yer Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo 7: Saldırıyı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	58
Tablo 8: Olay Zamanı Özellikleri Dağılımı	59
Tablo 9: Saldırı Olacağını Önceden Hissetme Durumuna Göre Dağılım	59
Tablo 10: Olayın Olduğu Esnada Yalnız Çalışma Durumuna Göre Dağılım	60
Tablo 11: Karşılaşılan Şiddet Olayının Türlerine Göre Dağılımı	60
Tablo 12: Karşılaşılan Şiddet Olayına Verilen Tepki Durumuna Göre Dağılım	61
Tablo 13: Şiddet Olayının Sonucuna Göre Dağılım	63
Tablo 14: Olay Sonucunun Polise Bildirim Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo 15: Şiddete Maruz Kalma Olayının Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	65
Tablo 16: Saldırıyı Önceden Hissetme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	67
Tablo 17: Saldırı Anında Yalnız Olma Durumuna Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	68

Tablo 18: Saldırı Anında Kendini Savunma Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	70
Tablo 19: Saldırı Anında Yardım İsteme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	72
Tablo 20: Olay Anında Diğer Kişilerden Yardım İsteme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	74
Tablo 21: Olay Sonucu Anksiyete Durumuna Göre, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	76
Tablo 22: Olay Sonucu Korku Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi.....	77
Tablo 23: Olay Sonucu Sinirlilik Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi	79
Tablo 24: Olay Sonucunu Polise Bildirmek Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi.....	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1: Hemşirelerin Çalıştığı Pozisyonlar.....	54
Şekil 2: Şiddete Maruz Kalma Durumu	55
Şekil 3: Şiddeti Uygulayan Kişi	56
Şekil 4: Saldırganın cinsiyeti.....	57
Şekil 5: Karşılaşılan Şiddet Olayının Türü.....	61
Şekil 6: Şiddet Olayı Karşısında Gösterilen Tepki.....	62
Şekil 7: Olay Sonucu Yaşandığı İfade Edilen Durum	63
Şekil 8: Olayı Polise Bildirme Durumu	64

KISALTMALAR

CNA	: Canadian Nurses Association
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council of Nurses
md	: Madde
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
UNHCR	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

GİRİŞ

Günümüzde bireysel ve toplumsal olarak tepkilerin ölçüsünü kaçırma safhası geçmiştir. Ülkemizde son yıllarda en çok konuşulan konular arasında bireysel ve toplumsal olarak şiddete neden olma ve şiddete maruz kalma yer almaktadır. Toplumun her kesimi şiddete maruz kaldığı için şikayetçidir. Diğer yandan bireysel ve toplumsal olarak şiddetin bir parçası olunmuştur. Gerek yaşamda gerekse yazılı görsel medya ve sosyal ağlarda şiddet içeren olaylar kanıksanmaya başlamıştır. Kısa bir zaman öncesine kadar kabul görmez görüntüler, olaylar hayatın akışı içerisinde git gide anlamını yitirmektedir.

Şiddete maruz kalma konusunda kadınların erkeklere oranla daha çok mağdur olduğu bilinmektedir. 2014 yılında şiddet nedeniyle hayatını kaybeden kadın sayısı 294 tür. Bu kadınların yüzde 66'sı birinci derece yakını tarafından katledilmiş olup en fazla cinayet sayısı 50 ile İstanbul'da işlenmiştir.

Sadece aile yaşantısında değil kadının olduğu her yerde kadına şiddette var olmuştur. Çalışma yaşantısı da bu alanların başında gelmektedir. Özellikle son yıllarda iş yaşamında mobbinge maruz kalma konusunda da yapılmış çalışmalar mevcuttur. Orada da kadına yönelik şiddetin bir boyutuna dikkat çekilmektedir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi konusunda ilk adımı farkındalık oluşturmaktadır. Bu farkındalığın oluşabilmesi adına Şiddet konusunda somut verilerden yola çıkarak olayın boyutlarını belirleyebilmek amacıyla çalışma kadına yönelik şiddeti son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddeti de temel alarak belirlemek üzere planlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde hemşirelik ve şiddet tanımlarından, hemşireliğin meslekleşme süreci ve profesyonellikten, hemşirelik mesleğinin görev ve sorumluluklarından, şiddet tanımları yapılmış, şiddet türleri, sınıflandırılması ve teorileri konularından bahsedilmiştir. İkinci bölümde kadına ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve türlerinden bahsedilmektedir. Daha sonra yapılan çalışmaya ilişkin veriler, yorumlar yer almaktadır.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesinde İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olan kadın hemşirelere çalışma yaşamlarında şiddete uğrayıp uğramadıkları “Şiddet Olay Formu” aracılığıyla sorulmuştur. Toplamda

alışan 401 kadın hemşireden 207 si ankete dönüş sağlamıştır. Gece alışma, iş yoğunluğu, izinde olma gibi nedenlerle hemşirelerin tümüne ulaşılamamıştır. Çalışma kapsamına bu 207 kadın hemşire alınmıştır. Bu alışma için tanımlayıcı özellikler formu ve güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları daha önce yapılmış olan şiddet olay formu kullanılmıştır. Çalışma kapsamına şiddetin kullanılan ölçekte belirtilen tüm türleri dahil edilmiştir. Hem kadın hem de sağlık çalışanı olması açısından hemşirelerin şiddete yüksek oranda maruz kaldığını hipotezinden yola çıkılmıştır. Sonuçlardan çalışmaya katılan hemşirelerin yüksek oranda şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili yapılan mevcut çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilirken sadece kadın hemşireleri kapsamına alan bu çalışmada şiddete uğrama oranının ykseklıği cinsiyet temelli olabileceğini düşündürmüş olup, aynı hastanede çalışan tüm sağlık personeline olan oran tespit edilememiştir. şiddete uğrayan hemşirelerin olay sonucunda ne hissettiğine yönelik soruya verilen korku, anksiyete, irrite olma, sinirlilik, hayal kırıklığı gibi duygu durumları belirten cevaplar yaşanan olayın sadece o anı ya da o ana yakın zaman dilimini değil, mesleğe olan bağlığı da etkileyebileceğini dşndrmştir. Kadın sağlık çalışanı olarak hemşirelerin şiddete maruz kalma durumunu; yaş, meslekte çalışma yılı, eğitim durumu, çalıştığı pozisyon, haftalık fazla mesai süresi değişkenlerinin etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Saldırmanın ise genelde erkek hasta yakını pozisyonunda olduğu, saldırının önceden hemşire tarafından seziilemediği, olay sonucunda hemşirelerin yaşadıklarını iddia ettikleri duygunun korku olduğu, saldırı türünün genelde sözel tehdit ve saldırganlık olduğu sonuçlarına da ulaşılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HEMŞİRELİK VE ŞİDDET

1.1. Hemşirelik Tanımları

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; yaşamın iyilik halinin korunması, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve bozulan sağlığın düzeltilmesidir. Bu kapsamlar, amaçlar doğrultusunda hizmet veren disiplinlerden biri de hemşirelik mesleğidir. Hemşirelik mesleğinin ortaya çıkışı tarihte kadın ve anne rolüyle özdeşleşmiştir. Modern hemşireliğin kurucusu kabul edilen Florance Nigtingale savaşta askerlerin bakımını üstlenerek hemşirelik mesleğini başlatmış denebilir. Hemşire kelime anlamı olarak kız kardeşi ifade etmekte olup, hala günümüzde bu anlamıyla kullanılmaktadır.

Hemşirelik kavramı geçmişten günümüze dek çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Hemşirelik mesleği ilk yıllarından itibaren kadın olma, anne olma ile ilişkilendirilmiş görülmektedir. “Hemşirelik mesleğinin kendi başına bir dal olduğunu ispatlayan noktalara ait ipuçları var olmakla birlikte, hemşirelikle ilgili görev tanımına yüksek ihtimalle anne ve eş rolünün neden olduğu düşünülmektedir.” (Ökdem vd., 2000, 5). Hemşirelik mesleği ile ilgili yapılan tanımlardan ilkinin sahibi Florence Nightingale’dir. Bu tanım 1858 yılında yapılmış olup “hemşirelik mesleği; İnsan üzerinde en etkili şeyin doğa olabilmesi için bireyin uyum kapasitesinin en iyi duruma getirilmesi sürecidir. İnsanın temel gereksinimleri olan ısınma barınma gibi işlevlerin, hemşire yardımıyla insan tarafından yerine getirilmesi ile ilgili işlevleri içerir, hastayı en iyi koşullara getirmeyi amaçlamakla beraber özellikle iyileşme sürecinde, yardım edici çevre sağlayan, tedavi edici olmayan bir süreçtir”(Biol, 2003,22) . Hemşirelik süreci bireyin rutin sağlık ihtiyaçlarının yanı sıra mevcut sağlık durumunu korumadan tutunda, iyileştirme, geliştirme faaliyetlerini kapsar.

1854-1856 yılları arasında yapılan Kırım savaşında, İstanbul’a İngiliz ordusuna yardım için gelen Florence Nightingale dünyada hemşireliğin meslek olarak değerlendirilmediği o yıllarda modern anlamda hemşireliğin temelini atmıştır. Kızılhaç konferansı’ n da Osmanlı delegesi Dr. Besim Ömer Akalın’ın, Florance

Nightingale ile tanışması modern hemşireliği ülkemizde 1907 yılında başlatan adım olmuştur. “1911 yılında Dr. Besim Ömer Akalın İstanbul’un en tanınmış ailelerinden seçmiş olduğu kızları bir araya getirerek, derslerini kendisi vermiş ‘gönüllü hasta bakıcılık kursu’ adında 6 ay eğitim uygulamıştır. Eğitimi alan kızlar Kırım ve Balkan savaşlarında hasta bakıcı adı ile görev almışlardır. Bu süreci 1920 yılında İstanbul’da açılan ‘Amiral Bristol Hastabakıcı Dershanesi’ izlemiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra da 1925 yılında ‘Kızılay Hemşire Okulu’ açılmıştır” (Atabek v.d, 2012,28). “Süreç 1960 yılında mevcut statüsünü milli eğitim bakanlığı bünyesinde koruyan sağlık meslek liselerinin sağlık bakanlığı bünyesinde açılmasıyla devam etmiş olup, 1955 yılında Ege Üniversitesin de ilk yüksekokul açılmıştır. 1968 yılında Hacettepe Üniversitesin de hemşirelik yüksek lisans programı başlanmıştır. 1972 yılında başlatılan Hacettepe Üniversitesindeki doktora programıyla, hemşirelik mesleği irdelenmeye ve yeni sentezler yapılmaya kapı açılmıştır. Bağımsız araştırma yaparak, bilimsel olaylara geniş ve derin bakış açısı oluşturulmaya başlanmıştır” (Ergöl 2011,154). Günümüzde akademik anlamda oldukça gelişmiş düzeyde eğitim seviyesine ulaşmış hemşirelik mesleğinin kat ettiği mesafenin kısa sürede olduğu görünmektedir.

Hemşirelik mesleğinde ki akademik gelişme beraberinde yeni tanımlamaları da getirmiş, mesleğe kimliğini kazandırmıştır. “1954 yılında da hemşirelik kanunu ile hemşirelik eğitimi ve hizmetleri düzenlenmiştir(Kum, 1973,11). ”Son olarak 2010 yılında hemşirelik hizmetleri yeniden düzenlenmiş, 2010 yılından sonra bu düzenlemeye ufak değişiklikler yapılmıştır (<http://www.ttb.org.tr>, Erişim Tarihi;11.07.2015). Hemşirelik mesleği ile ilgili her değişim mesleğin gelişmesine katkı sağlayan bir adım olarak görülmüştür.

Hemşirelik mesleği bir başka kaynakta “Hemşirelik, insanın temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme ile başlayan ve günümüzde bilimsel bilgiye dayalı olarak hizmet vermeyi ilke edinen bir sağlık disiplini” (Keski,2009, 1-4) olarak tanımlanmaktadır. Meslek olarak hemşirelik, toplumun her katmanının bireyden başlayarak mevcut ve olası problemlerinin yanı sıra biyopsikososyal gereksinimlerinin holistik bir tavırla yaklaşılarak tanımlanmasını ve tedavi edilmesini amaçlayan bir meslektir. “Değişen şartlara uyum gösterme kabiliyetine

sahip olma yeteneği meslekte bazı noktalarda değişime neden olsa da hemşirelik ana amaçları doğrultusunda hizmet etmeye devam etmiştir.” (Karadağ v.d., 2006, 43). Mesleğin toplumsal değişimlere uyum sağlaması günümüz standartlarında hizmet vermesine olanak sağlamış modernleşme nedenlerinden olmuştur.

Eğitim sisteminde ki olumlu değişim mesleğe kimliğini kazandırmış görünmektedir. Hemşirelik mesleği yeleri ülkemizde ilk kez 1933 yılında dernekleşme adımını atmıştır. Kurulan ilk dernek günümüzde adı değişse de Türk Hemşireler Derneği kabul edilir. Türk Hemşireler Derneği 1981 yılında Hemşirelik tanımını mesleğin uygulayıcılarının sahip olduğu eğitim verici rollerden başlamak üzere sağlığı iyileştirme faaliyetleri, tedavi edici roller gibi alanlarda bilim ve sanat temelli çalışan olarak yapmıştır.

Bu tanımlar bağlamın da hemşirelik, hizmet etmek için ğraşı alanı insanı ve insanın temel gereksinimlerini alan, bu gereksinimlerin karşılanmasını yönelik eylemler bütününü bakım temelli uygulayan bir meslektir. ‘‘Hemşirelik bakım kavramına odaklanır. Bakım ise bilgi ve becerinin yanı sıra duyuşsal temeli olan, özünde bir başkasına yardım etmeyi / yararlılığı içeren bir kavramdır’’(Cerit, 2010, 15). Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan kavram bakımdır. Hastaya uygulanan tüm girişimler hemşirelik bakım süreci temelinde planlanmaktadır.

1.2. Hemşirelik Süreci

Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımını bilimsel bir temele dayandırmayı hedefleyen sistematik bir yaklaşımdır. Mesleğe temel olan kavram ve kuramların geliştirilmesi sürecinde etkin rolü oynayan grup lider hemşireler olmuştur.

Eğitiminin gelişmesinin sonucu bilimsel temellere dayandırılan hemşirelik süreci ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. ‘‘Süreç olarak hemşirelik mesleği; hastaya uygulanacak uygun bakımın belirlenmesinde edinilecek verilerden başlamak üzere tanıların belirlenmesi, gerekli uygulamaların yapılması sonuçların gözlemlenmesi, bakım kalitesinde kullanılacak belirteçlerin bilinmesi, ortak dil oluşturulmasına yönelik girişimleri ve tüm bu uygulamaların mesleğin bağımsızlığına olan katkısını artırmaya ilişkin konu başlıklarını içerir’’(Atalay, 2011, 13–17). Hemşirelik mesleği

bağımsızlığını meslek eğitiminde yaşanan gelişmelere aynı doğrultuda kazanmıştır. Bir Başka tanıtımda ‘‘Hemşirelik süreci, bireyin/grupların, sağlık durumlarının değişim/değişime yatkın olduğunda, insana özgü tepkilere yönelik sistemli ve organize biçimde verilen bireysel hemşirelik bakımındır’’(Birol, 2002, 27)olarak belirtilmiştir. Hemşirelik bakımı sistemli yapıldığı ölçüde faydası artmaktadır. Bilimsel temellere dayalı, ispatlı uygulamalar mesleğin akademik gelişmesini tetiklemiştir.

Bu konuda en önemli kuramsal temele destek tanım DSÖ’nden gelmiş olup ‘‘Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hemşirelik süreci; bilimsel problem çözme yönteminin hemşirelik bakımında kullanılmasıdır. Hemşirelik süreci sorunun belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşur’’(Çakırcalı,2000, 32) olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik mesleğinin bilimsel temelde bakıma yönelik uygulamalarına yine bu tanıtımda dikkat çekilmiştir.

1.2.1. Meslek Kavramı

Toplum tarafından uyulması gereken kuralların belirlendiği, uygulayıcısı olmak adına eğitim olarak belirli bir disiplinden geçmenin şart olduğu, karşılığında gelir elde etmeye yönelik yapılan etkinliklerin tümü meslek olarak adlandırılmıştır. ‘‘Meslek bir gücü ifade etmekte olup, etkinlikte bulunmayı sağlayan bu niteliktir.’’ (Kuzgun,1982, 13). Meslek sahibi olmak etkinlikte bulunurken kişiye güven sağlayan gücü ifade eder. Bir disiplin içerisinde eğitim alınmasını belirtir.

Bir alanda etkinlikte bulunabilme gücü, o alanla ilgili bilgi, beceri ve gerekli donanıma sahip olmayı kapsar. Meslek devamlı olması, maddi kazanç elde etmeyi amaçlaması, yapan kişiye manevi doyum sağlaması, icra etmek için eğitim sürecinden geçilmesi, belli bilgi beceri düzeyi istemesi gibi özellikleri bünyesinde barındırır. Ahlak ilkelerine uygunluk, yasal çerçevede ihtiyaçlara verilen yanıt meslek özelliklerinden sayılır.

1.2.2. Profesyonellik Kavramı

Profesyonel kelimesi alanında uzman olmuş kişiyi tanımlar. Sözlük anlamı; bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan kimsedir. ”Profesyonel anlayış, meslekleşme sürecinde meslek üyesinde olması gerekli özelliklerden biridir. Meslekleşme sürecini bilgi, tecrübe, araştırma ve deney, ahlak-etik değerler, otonomi, profesyonel anlayış oluşturur. Profesyonel anlayış meslekte uzun süren eğitim ve deneyim ile oluşan potansiyel güçtür. Meslek üyesi bu güç ile hareket ettiğinde profesyonellik oluşur” (Şentürk, 2013,5). Bir mesleğin profesyonelliğini kazanması için belirli özellikleri taşıması gerekmektedir. Bu özellikler arasında hedef ve amaçları olan, bilimsel bilgi temelli teorilerin eşlik ettiği rehberlik uygulamalarının ve etik kodlamalarının olduğu, sorumluluk almada hizmet edenin kontrolünde olma gibi disipline edici davranışlar sayılmaktadır.

1.2.3. Hemşireliğin Meslekleşme Süreci ve Profesyonellik

Hemşirelik süreç içerisinde akademik gelişme ve profesyonel uygulamalarla birlikte meslek kimliğini kazanmıştır. Profesyonel meslek icra eden kişiler gibi hemşirelerde sağladıkları hizmet bedeli ile belirli bir kazanç sağlarlar. “Uluslararası hemşire organizasyonlarından biri olan ICN; meslek olarak hemşireliği 1975 yılında adlandırmış, belli temellerde şekillenmiş düzeyde alınan eğitimi onay almış olarak kullanacağı belgeyle icra eden kişi” olarak tanımlamıştır(<http://acikarsiv.atilim.edu.tr/browse/546/421257.pdf> Erişim Tarihi; Mayıs,2015). Meslek kimliği kazanma noktasında hemşirelik eğitiminin önemsendiği görülmektedir.

Hemşireliğin meslekleşme sürecinde profesyonelliğin önemi büyüktür. Profesyonelliğin bilimsel temelde desteklenmesi gerektiği de süreç içerisinde hemşire liderler tarafından fark edilmiştir. Bu süreç farklı kaynaklarda tanımlanmıştır. ”Hemşirelik mesleğinde profesyonellik; kuramsal bilgi ve beceriyi içeren, uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşirenin sorumluluğunun, bireyin sağlığını yükseltmek, hastalığını önlemek, sağlığa yeniden kavuşturmak ve ağrıyı hafifletmek olmasıdır.”(Şirin vd. 2008, 69) Profesyonel anlayışa göre işini yapmak isteyen meslek profesyonelleri eğitim aldıkları kurumlarda akademik bilgiyle meslek

gereklerini icra etmeye çalışmalıdır. “Profesyonel anlayış hemşirelikte, meslek mensuplarının meslekleşme süreçleriyle içselleştirilir, kişisel kimliklerine ve davranışlarına yansır. Önemli olan hizmet verirken toplumun çıkarları gözeterek hareket edilmesidir” (Sabancıoğulları v.d., 2014,16). Hemşirelik mesleği topluma hizmet etmesinin yanı sıra toplumun her türlü çıkarını da göz önünde bulundurur. Bireyin mevcut sağlık durumunu muhafaza ederek, geliştirmesini, hastalığa yakalanma olasılığını en aza indirmesini temel alarak hemşirelik bakımını planlar.

Bu tanımlar sadece hemşirelik mesleğine özgü olmayıp, diğer mesleklerinde profesyonelleşme sürecini tanımlamıştır. Yapılan işten kazanç sağlamak, yapılan işe ehil olmak için gereken akademik eğitim, mesleğe ilişkin kuramsal temel gibi unsurlar her mesleğin profesyonelleşme sürecinin adımlarıdır. “Her mesleğin kendine özel rol ve sorumlulukları vardır. Bunlar o mesleğin profesyonellik özelliğini ortaya çıkarır (Beydağ v.d., 2008,77). Her mesleğe ait olan özellikler olması mesleklerin profesyonellik özellikleri ile ilgilidir. “Hastane hizmeti sunan hemşire mesleğinde rollerini uygularken, hizmet yeterli gelmeyebilir. Yetersiz olan hizmet hastada memnuniyetsizliğe, hayatı tehlikeye neden olabilir. Çözüm hemşirenin yetersiz olduğu durumlara çözüm getirecek yeni roller oluşturulmak olabilir. Bu durum hemşirenin sorumluluklarına yenilerinin eklenmesi demektir”(Bulut, 2015, 19). Hemşire sorumluluklarını yerine getirirken belli ölçütleri göz önünde bulundurmalıdır. Kendisini geliştirmeli, mesleğinin gelişmesine katkı verecek kimi rolleri görev tanımlamaları içerisinde hasta birey yararına üstlenmelidir.

Hemşirelikte profesyonelleşme mesleğe önemli katkılar sağlamıştır. Konu hakkında ki kuramsal çerçeve bunun açıklanmasına katkı sağlamaktadır. “Profesyonel hemşirelik, sağlık bakımında insan için var olma anlayışını kabul eder. Günümüzde hemşirelik, bireyin ve toplumun sağlığını geliştirmek, yükseltmek, korumak, hastalığa uyumunu kolaylaştırmak, hastalığın iyileşmesine yardım etmek için yürütülen hizmetleri kapsar”(Akça Ay 2012,16). Hemşirelik mesleğinin etki alanı içine insanların tümünün sağlıkları ile ilgili koruma, geliştirme, düzeltme faaliyetleri girer.

Meslek olmanın getirdiği bazı şartlar mevcuttur. Uluslararası hemşirelik dernekleri bu değerleri gruplandırmıştır. “Hemşirenin mesleki değerini, Amerika Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslar Arası Hemşireler Konseyi (ICN) ile belirlenen sağlıklı veya hasta bireyin esenliğini korumak olduğu, yedi temel hemşirelik değeri

olduğundan bahsedilmiştir. Bu değerler şunlardır; Özgecilik (alturizm), otonomi, insan onuru, doğruluk, eşitlik, estetik, adalet” (Orak,2005,25). Hemşirelik mesleğine ilişkin bu değerler mesleği icra eden kişiler tarafından bilinmelidir.

Hemşirelik mesleğine değer katan özellikleri açıklayan araştırmalar mevcuttur. Bu kaynaklardan birinde ‘’ Özgecilik (alturizm); başkalarının sağlığını, iyiliğini düşünmektir. Hemşire hastaların, meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanların iyiliğini düşünmektir. Freud’un savunma mekanizması olan bireyin bencil duygularını bastırarak, fedakarlık yaparak, çevresindekilere yardım etmesi, ilgi göstermesidir. Otonomi; kendini ortaya koymadır. Sağlık bakımına ilişkin uygulamalarında hastaya seçenek sunarak kararında verirken, hastanın söz sahibi olmasını da sağlamaktır. İnsan onuru; hastanın ve toplumun doğal değerlerine saygı göstermektir. Hemşirenin hastalara ve meslektaşların değerlerine saygı göstererek hizmet vermesidir. Doğruluk; hemşire mesleki hizmetini uygularken yasalara, ilke ve standartlara göre hareket etmektedir. Eşitlik; her insanın aynı hak ve özgürlüklere sahip olmalıdır. Estetik; bireyin doyumunu sağlayan obje, olgu ve kişilerin niteliklerini belirten değerlerdir. Adalet; meslek ahlakı ve yasal ilkelerine bağlı olarak, oluşan değerlerdir’’ olarak açıklanmaktadır (Akça Ay 2012,67). Bu değerleri bilmek her meslek üyesinin kazandığı profesyonel anlayışı pekiştirmesidir. Hemşireliğe hem meslek olma, hem profesyonellik aşamalarında katkı sağlamaktadır.

Hemşireliği meslekleşme sürecinde kazandığı özellikler diğer mesleklerle profesyonellik bağlamında incelendiğinde mevcut kuramsal düzeyde ortak değerlerden oluşurken, hemşirelik mesleğine özgü özelliklerle de diğer profesyonel mesleklerden ayrılmıştır. Temelde belirlenmiş değerler hemşirelik mesleğini diğer disiplinlerden ayıran bir meslek olmasını sağlamış görünmektedir. Mesleğe ait felsefi bilgi birikimi, kavramsal bilginin oluşturduğu çatı, bilimsel yöntemlerin meslek gelişimine katkı yapmasını sağlayan metot ve yaklaşımlar bu ayrımın özelliklerini temellendirmiştir. Bu faktörler meslekleşme ve profesyonelleşme sürecinin hemşireliğe özgü sonucudur.

1.3. Hemşirenin Görev Ve Sorumlulukları

Hemşirelik mesleği bireyin sağlığını korumak, geliştirmek veya bozulan sağlığını bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde yeniden kazanmasına katkı sağlamak

amacıyla sanat ve bilgi birikimiyle icra edilir. Hemşirelik mesleğinin görev ve sorumlulukları Hemşirelik Kanunu ve ilgili Yönetmeliklerinde belirtilmiştir.

6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'n da meslek tanımlanmıştır. Görev alan ve sınırlılıkları çizilmiştir. Verilen tanımlamada hemşireler “belli acil durumlar haricinde hekim aracılığıyla düzenlenen tedavileri yapmakla görevli, hemşirelik süreci aşamalarına uygun olarak toplumun yapıtaş bireyden başlamak suretiyle aile ve toplumun sağlığını korumaya yönelik gerekli aşamalarda tedavi ve rehabilite edici girişimleri belirleyen, sağlıkla ilgili ihtiyaçları uygulama, etkinliğini gözlemleme ve sonuçlarını değerlendirme konularında hemşirelik bakımını planlama ve uygulamakla görevli ve yetkili sağlık görevlisi” olarak belirtilmiştir. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> Erişim Tarihi: 21.05.2015). Bu kanun 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmış olup, hemşireler tarafından Dünya Kadınlar Günü hediyesi olarak kabul edilmiştir.

Hemşirelik yönetmeliği hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının sınırlarını belirlemiştir. Hemşirelik mesleğini uygulayan görevli bilimsel bilgi temelinde aldığı eğitime uygun olarak birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini hemşirelik süreci uygulamaları doğrultusunda karşılama konusunda planlama yapma, uygulama ve sonuçları denetleme ve değerlendirmekle yükümlüdür. Sonuçlarla ilgili iyileştirici faaliyetler yapma, ilgili birimlere iletme görevler arasında yer alır. Hekim tarafından planlanan tedaviyi uygular, hasta ve çalışan güvenliğini korumaya öncelik tanır. Tedavileri protokole uygun olarak sürdürmek görevidir. Hasta açısından düzenlenen tedavide saptadığı uygunsuzluğu hekim ile paylaşmalı, tedavi uygulanmaya devam edecekse yazılı onay alarak tedaviye devam etmelidir. Tedavi sürecinde etkileri bilmeli olası yan etkilere karşı hastayı korumaya yönelik önlemleri almalıdır. Acil durumlarda, afet gibi durumlarda görev yerini terk etmemeli, rutin iş günlerinde görevi hasta başında teslim edeceği kişi gelmeden alandan ayrılmamalıdır. Meslek ile ilgili araştırma yapmalıdır. Eğitim sürecinde olan öğrencilere danışmanlık hizmeti vermeli, bilimsel faaliyetlere katılmalıdır. Tüm bu uygulamalar içerisinde mevcut sağlık politikalarının yürütülmesine katkı sağlamalıdır. Mevzuata uygun şekilde karar almalıdır. Her bireyin kendine özgü olduğunu bilmeli, kişi mahremiyetini, insan onurunu ve kültürel farklılıkları sonucunda oluşan değerleri de azami derecede tanımalıdır (<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr> Erişim Tarihi: Temmuz 2015) Hemşirelik

kanunu, kanunda yazan görev ve sorumluluklar her hemşire tarafından bilinmeli, klinik uygulamalara kanıt teşkil etmelidir.

1.4. Şiddet Tanımları

Şiddet insanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmıştır. Duyguları kontrol edebilme, aşırıya kaçmama, otonomi geliştirme, çözüm odaklı davranma terimleriyle ilişkili bir kavramdır. Konuyla ilgili literatür taraması 1980’li yıllara kadar mevcut kaynak eksikliğini belirtmektedir. Özellikle 2000’li yıllarla birlikte ise gündemimizde daha sık yer edinmiş ve günümüz toplumlarının en önemli sosyal sorunlarından biri halini almıştır.

Şiddetin toplumsal sorun haline gelmesiyle birlikte maruz kalan ve saldırganla ilgili belirli yaptırımların uygulanabilmesi için her platform da şiddet tanımları yapılmıştır. “Anayasamızda sınırları içerisinde yaşayan tüm kişilerin sağlıklarını sürdürmeleri için gerekli ortamı sağlamak devletin görevidir. Sadece biyolojik olarak değil fiziksel ve çevresel olarak ta sağlıklı şartlarda yaşamını sürdürmek temel anayasal haktır. Bu temel anayasal hakkın karşısında duran en büyük engel şiddet olarak görülmektedir. Sadece bireysel değil toplumsal olarak ta mücadele edilmesi gerekmektedir. Literatürde 2020 yılı hedefleri içerisinde şiddetin neden olduğu her türlü olumsuz sonucun dörtte bir oranında azaltılması hedeflenmiştir” (<http://www.genhaber.net/yasam/kadina-siddet.htm> Erişim Tarihi: 20.06.2015).

Sözlük anlamı olarak şiddet birkaç manaya gelmektedir. Bu tanımlar içerisinde kaba kuvvet, yeğin, sertlik, hız, bir hareketten doğan güç, duygu ve davranışta aşırılık gibi kalıplar sayılabilir.

“(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55a223283c3356.16824644, Erişim Tarihi;24.05.2015).

Şiddeti bireyin bilerek ve isteyerek karşıda ki kişiye ya da kişilere zarar vermek amacıyla yaptığı davranışların tümü ve sonucunda meydana gelen olayların da tümünü kapsayan kavram olarak tanımlayabiliriz. Şiddet sonucu yaşanan olaylar sadece bireyleri değil tüm toplumu ilgilendiren sonuçlar doğurabilmektedir.

Bireyi, aileyi ve toplumu aynı şekilde birey aile ya da toplum tarafından tehdit eden; kayıplara, ölümlere, fiziksel ve psikolojik zarar uğranmasına neden olan şiddet eylemi ya da gücün kasten kullanılması olarak Dünya Sağlık Örgütü şiddeti tanımlamıştır. Şiddet yaralanma, ölüm gibi sonuçlar doğurabilmektedir.

Şiddet kelimesi etimolojik yönden Arapça kökene dayanır. Şiddet sert ve kaba davranış olarak da tanımlanmıştır. Latince temelinde kelimenin bedensel güç, erk ifadeleri yer almaktadır.

Şiddet uzun yıllar fiziksel olarak zarar verme boyutuyla algılanmıştır. Toplumsal sorun olmakla birlikte her yönüyle yapılan tanımlamalar önem kazanmış, sorunun fark edilmesine katkı sağlamıştır. “Şiddet insanların olup bitenleri algılaması, değerlendirmesi ve yorumlamasıyla ortaya çıkan yani zihinsel bir süreçtir” (İnam, 2001,5). Şiddet tanımları şiddet uygulayan saldırganla ilgili bilgi vermektedir. “Şiddetin yapısında üstünlük kurma ve sürdürme vardır. Şiddet, gücün ve kuvvetin hukuka aykırı olarak kullanılması demektir” (Ergil,2001,15). Yine yapılan bir başka tanımda şiddete başvuran saldırganla ilgili anayasal düzene aykırılık ve toplum tarafından belirlenmiş kurallara uymama, saldırma niyeti gütmeye amaçlı davranış içerisinde bulunma sayılmıştır.

Şiddetin her yönüyle ele alındığı tanımlar mevcuttur. “Şiddet, aşırı derecede öfkelenen kişinin orantısız olarak duygularını ifade etmesi, kişinin onurunu kırmaya, hakaret etmeye, hakkını gasp etmeye, hırpalamaya teşebbüs etmesi, kişiyi yıpratıcı ve yıkıcı davranışlarda bulunmasıdır. ” (Erten v.d., 2006,30). Kişi öfkeli iken duygularını kontrol edemediği gibi orantısız tepkilerle ifade eder. Kişi öfkesi şiddet davranışları ile nihayetlenir.

Şiddet tanımlamaları resmi kurum ve kuruluşlar tarafından da yapılmıştır. Gizli ya da açık saldırılarda bulunma, güç/üstünlük taslama, iğneleyici/iddiacı davranışlarda bulunma gibi egemenlik sağlamaya yönelik çeşitli saldırganlıklar da dahil olmak üzere, tüm çeşitleriyle fiziki olarak, cinsel yönden ve psikolojik tarzda zarar verme ve acı çektirme şiddet olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, fiziki güçle müdahalede bulunma olarak nitelendirilse de, kötülük yapma eylemi olarak tanımlansa da; genel geçer anlamda sükûnet ve huzura karşı olup onu bozan veya bozmaya teşebbüs eden eylemlerin tümü olarak, fiziki ya da fiziki olmayan şiddet davranışları içeren, fiziki ve psikolojik acı veren ve zarara uğratan saldırgan eylem olarak bilinmektedir.

“(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf),

Eri

şim Tarihi;12.07.2015). Zarar verme davranışı sadece fiziksel boyutta değil, duygusal boyutta da ele alınmalıdır. Sadece fiziksel gücü kullanarak zarar vermeyi değil, sözle de incitmeyi ifade etmektedir.

1.5. Şiddete Neden Olan Etkenler

Şiddetin ortaya çıkmasında birçok nedenin etkili olduğu bilinmektedir. Bu yüzden şiddet açıklanırken biyo-psiko-sosyal açıdan ele alınmalıdır. Şiddetin ilişkili olduğu kavramlar vardır. Bunlardan birkaçı; sevgi, saygı, bireyin kendini ifade etmesi, çaresizlik, yaşanmışlıklar, genetik yatkınlık, öfke, öfke kontrolü gibi terimlerdir. Bunlar bireyleri şiddete iten nedenler arasında sayılmaktadır. Ancak çalışmalar başka pek çok faktörün de etkisi bulunduğunu belirlemiştir. Bu faktörler genel anlamda biyolojik, psikolojik ve çevresel olmak üzere 3 grupta toplanmıştır.

1.5.1. Biyolojik Etkenler

Şiddeti ortaya çıkaran saldırgan insan olduğuna göre, biyolojik yönlerinin bu saldırganlık eylemine neden olabileceğini düşünen bilim adamları şiddete neden olan hormonal ve biyolojik yapıyı açıklamıştır. Dünya sağlık örgütü tarafından 2002 yılında açıklanan şiddet ve sağlık raporuna göre; kişisel etkenlerin içinde olduğu biyolojik, fiziksel, psikolojik ve davranışsal özellikler şiddete neden olan etkenlerin bir kısmını ifade eder.

Yapılan tanımlamalarda cinsiyeti belirleyen hormonların etkisinden bahsedilmiştir. “Şiddete neden olan biyolojik süreçlerde cinsiyet ve hormon farklılıkları etkilidir. Tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha naif bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Cinsiyet hormonları ile saldırganlık arasındaki bağlantı daha anne karnındayken görülmekte olup, erkek cinsiyet hormonları salgılandığında anne karnında ki bebek daha saldırgan davranışlar sergilemekte, tersi durumda kadınlık hormonları salgılandığında ise tam tersine salınan hormonlar saldırganlığı bastırmaktadır. Saldırganlığın diğer nedenleri arasında kullanılan ilaçlar ve bağımlılık yapan farklı maddeler sayılmaktadır. Özellikle şiddete neden olan bağımlılık yapan maddelerin

başında alkol gelmektedir. Tüketilen alkol miktarı ile saldırganlık düzeyi arasında doğru orantı tespit edilmiş olup, tüketilen alkol miktarı arttıkça saldırganlık da artmıştır. Saldırganlığı artıran maddeler arasında uyuşturucu maddelerde sayılmaktadır. Saldırganlığa neden olan etkenler arasında biyolojik olanlar içerisinde anatomik ve biyo-kimyasal nedenleri de sayabiliriz. Beynin işlemlerini sağlayan mekanizmanın yapılan araştırmalarda saldırganlığa yatkınlığı artırdığını söyleyebiliriz” (Vatandaş, 2003,54). Saldırganlığın altında yatan nedenlerde beynin fizyolojik süreçlerdeki yanıtları söz konusudur.

1.5.2. Psikolojik Etkenler

Psikolojik faktör şiddete neden olan bir diğer faktör olarak sayılmaktadır. İnsanın güdülerini denetim altına almasını sağlayan mekanizmanın saldırgan kişide bozulduğu düşünülmektedir. Şiddetle ilişkilendirilen terimler genelde insan psikolojisini de ilgilendirir.

Şiddete neden olan insanlar üzerinde etkili en güçlü unsurun “engellenme” olduğu varsayılmaktadır. John Dollard’a göre “engellenme”nin olduğu yerde şiddet mutlaka yer almaktadır. Engellenme duygusu karşısında şiddet davranışı oluşma ihtimali yüksektir. Engelleme çeşitli biçimlerde tanımlanabilir. Dollard’a göre, ihtiyaçlar, eğilimler, dürtüler insanın kendi, biyolojik yapısından ya da içerisinde yaşadığı çevresinden gelen sebeplerle doyumsuz kalıp niyetine erişemeyince ortaya çıkar. İşte bu “engelleme” davranışı şiddete sebep olur, kişi üzerinde etkilidir. (Gjokaj, 2010,67). Engellenme davranışının olması tam olarak şiddet davranışıyla yanıtlanır denilmese de şiddet davranışı ile yanıtlanma ihtimali yüksektir.

Şiddete neden olan psikolojik etkenlerle ilgili kişinin geçmiş yaşantısı önemli görünmektedir. “Psikolojik etkenler içerisinde kişinin çocukluğunda yaşamış olduğu şiddet olayları da ayrı bir sınıflamaya tabiidir. Annesine ya da bir başkasına aile ortamında şiddet uygulandığını gören çocuk bu durumdan olumsuz etkilenir, şiddete yatkınlığı artar”(Uçar,2007,35). Geçmiş yaşadıklarımızın izini tüm davranışlarda görmekle birlikte, olumsuz durumların altında yatan nedenlerde şiddet gibi geçmiş yaşantılarına dayanır.

1.5.3. Çevresel Etkenler

Şiddete eğilim gösterme de önemli etkenlerden biri de çevresel yaşantı olarak belirtilmektedir. Psikolojik etkenler içerisinde değinilen çocukluk çağında şiddete tanık olma durumuna burada da işaret etmek gerekir. “Çocukluk dönemi kişinin çevresinden daha kısa sürede etkilendiği özel bir dönemdir. Çocukta saldırganlık eğilimini aldığı zihinsel, duygusal, sosyal ve psikoseksüel gelişimi, aldığı öğrenme modelleri, tecrübeleri, olaya yüklediği anlam oluşturur. Bu nedenle bireyin çocuklukta bu değerlerle ilişkisi çok önemlidir. Hiperaktif dürtüsellik, zayıf davranış kontrolü ve dikkat problemleri bireyde şiddete neden olan temel kişilik ve davranışlardır”(Kapıcıoğlu,2007, 30). Şiddete neden olan temel kişilik davranışlarının iyi analiz edilmesi, gerektiğinde şiddet uygulayan kişiye verilecek psikolojik yardım bu davranışlarını törpüleme temelli yapılmalıdır.

Şiddete neden olduğu düşünülen çevresel etkenler sıralanırken, çevre koşullarından da bahsetmek gerekir. “Hava kirliliği, kalabalık, gürültü v.b. faktörler kişinin çocukluğu veya ailesi dışında şiddeti meydana getiren çevresel durumlar arasında sayılmaktadır” (Gjokaj,2010,42). Günümüzde yaşanan olaylara bakıldığında şiddete neden olan yüksek sesle dinlenen bir müzik sesi olabilmektedir. Temel özgürlük kuralı bir başkasının özgürlüğünün başladığı yer, bir başkasının özgürlüğünün bitiş noktası olmalıdır.

1.6. Şiddet Teorileri

Şiddet açıklanırken tek bir boyuttan ele almak mümkün görünmemektedir. Biyopsikososyal açıdan yaklaşılmalıdır. Şiddet oluşturan davranışı açıklamak için farklı yönlerden tanımlamalar ve araştırmalar yapmak gerekir. “Şiddet oldukça karışık bir davranış biçimidir. Bunu açıklayan teoriler bulunmaktadır. Bu konuda şiddete yönelik üç ana teori ileri sürülmektedir. Bunlar biyolojik, sosyal öğrenme ve zedelenme-saldırganlık teorileridir”(Kuzu,2012,102).

1.6.1. Biyolojik Teori

Nörolojik, genetik ve hormonal etkilerle bazı kişiler şiddete yatkınlık gösterirler. Şiddet saldırgan davranıştır. Bu davranışın oluşumunda etkili faktörler biyolojik teoride hormonlar, genetik ve nörolojik etkenlerle açıklanmaktadır. ‘‘Şiddete eğilimli, kontrolsüz kişilerin, frontal korteks bölümünün çalışmasını gerektiren işleri pek iyi yerine getiremediklerinin gözlemlendiği, şiddet ile beynin bu bölümü arasında ilişki olduğu belirtilmektedir’’ (Karaca B, 2014,12). Şiddet davranışını oluşturan beynin bölümleri ile verdiğimiz tepkiler arasında ki ilişki açıklanmaya devam etmektedir.

Şiddet beyinde hormonların etkisiyle oluşmaktadır görüşünü savunan bilim adamları vardır. Bu teori; ‘‘Şiddetin biyolojik mekanizmaları üzerinde yapılan çalışmalarda; mezolimbik dopamin yollarının çevreye affektif yanıtı modüle ederek agresyonda işe karıştığı, bu yollarda dopaminerjik aktivite artışının irritabiliteyi arttırdığı, aynı anda agresif yanıt verme alışkanlığını değiştirdiği, noradrenerjik aktivite artışının hayvan deneylerinde agresif davranışı arttırdığı, serotoninin ise agresyon üzerinde inhibitör bir etkisi olduğu, bu etkinin yüksek olasılıkla dorsal raphe den amigdalaya giden projeksiyonlar veya medial raphe den septohipokampal alana veya prefrontal kortekse giden projeksiyonlar aracılığı ile olduğu, serotonerjik aktivite artışına bağlı olarak dopaminerjik aktivitenin azaldığı, Gamma-aminobütirik asitin de (GABA) agresyon üzerinde inhibitör etkisi olduğu belirtilmektedir’’ (Yüksel N, 2001,5-15) olarak açıklanır.

İnsan beyinde saldırgan davranış oluşumunda etkili alanlar olduğu bilim adamları tarafından öne sürülmektedir. ‘‘İnsanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları amigdala, temporal lob ve limbik sistemdir. Temporal lob anormalliklerinin şiddetle yakın ilgisinin olduğuna ilişkin bulgular vardır. Temporal lob epilepsisi buna örnek verilebilir’’(Annagür , 2010,161-173).

Toplumsal rol olarak şiddet eylemleri erkeklerle özdeşleşmiş görünmektedir. Şiddet cinsiyetle ilişkili olup, biyolojik teori aracılığıyla açıklanabilmektedir. ‘‘Şiddet içeren davranışların çoğunlukla erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu da düşündürmektedir. Ancak bu güne kadar yapılmış olan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamaktadır. Aynı zamanda antiandrojenik tedaviler de şiddet içeren davranışların sergilenmesini önlememektedir (İncecik , 2009, 17).

Psikiyatrik bozukluklar yaşayan bireylerin şiddet içeren davranışlar sergilemeye yatkın olduğu düşünülmektedir. “Yapılan çalışmalar şiddet davranışları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ajitasyon ve risk alma davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir ‘ (Ögel, 2005,35)’. Hiperaktivite durumu yaşanması sonucu meydana gelen olaylardan birinin de şiddet olduğunu görmekteyiz. Toplumda psikiyatrik rahatsızlıkların tanınması, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin tedaviye yönlendirilmesi istenmeyen şiddet sonuçlarının doğmasını engellemektedir.

1.6.2.Sosyal Öğrenme Teorisi

Bu teori şiddetin diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranış olduğunu açıklar. Kişi yaşamının herhangi bir kısmında şiddet olayına tanıklık etmişse, bu davranışı öğrenmiş demektir. Tanık olma durumu ve öğrenmenin farkı türleri mevcuttur. Saldırganlık ve şiddet, gözlemsel öğrenme, taklit, kopyalama, rol alma yoluyla öğrenilir. “Saldırganlık; taklit ederek, ya serbest kalan saldırganlık dürtüleriyle, ya geçmişte yaşananlar sonucu oluşmuş saldırgan davranış eğilimlerin gün yüzüne çıkmasıyla ya da genel tahrik unsurlarının çoğalmasıyla oluşmaktadır” (Güleç, 2012,112-137). Şiddeti uygulayan kişinin bu davranışının altında birçok nedenin yattığı görülmektedir. Çevre davranışları etkileme noktasında dış etken olarak görülse de şiddet sosyal yollarla da öğrenilmesiyle, toplum davranışlarının etkisini göz önüne sermektedir.

Şiddet eylemini içeren davranışın oluşumu sosyal ilişkilerden olduğu kadar bireyin bilgi düzeyinden de etkilenmektedir. “Kişinin saldırgan davranışlarda bulunmasında geçmiş deneyimler, sosyal çevre, kişilik, saldırganlıkla ilgili düşünce ve algıların etkili olduğu söylenir. “(Tedeschi. Felson. <http://psycnet.apa.org/books/10160/> Erişim tarihi:15 Mayıs 2015.) Kişi algısının etkilenmesinde rol oynayan araçlar mevcuttur. Basın bu araçlardan sayılabilir. Şiddeti önlemekten bahsederken alınması istenen tedbirler bu temelde değerlendirilmelidir.

Şiddetin kutsal olanla nesne ile özdeşleştiği pek çok toplum bulunmaktadır. Neticesinde şiddet kutsal törenlerin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Şiddet bazı toplumlarda baskılanmış ve bazı toplumlarda ise yüceltilmiştir. “Örneğin tarihte en şedit (Giddet) toplumlardan biri olarak bilinen Vikingler, şiddeti bir erdem olarak

benimsemişlerdir. Vikinglerin en üstün tanrılarında olan Tor, bir savaşçıdır. Vikinglerin cenneti Valhala bile yalnızca cengâverlerin girebildiği bir yerdir” (İnan, 1997,7). Şiddeti önlemeye yönelik farklı uygulamalar mevcuttur. “Şiddet bazı toplumlarda bazı kılıflara sokularak yumuşatılmaya çalışılmıştır. Örneğin oyunlaştırılması şiddet eğilimini köreltmıştır (Güleç,a.g.e.).” Çocuklarda şiddet eğilimin köreltilmesi çevre faktörünün şiddet davranışının oluşmasında ki önem çekilen dikkat sonrası daha anlamlandırılmaktadır. “Sık tekrarlanan şiddet davranışları kendisini o toplumun ritüellerinde ortaya koyar. Bir şiddet davranışı ritüel özelliği kazandığında ona toplum tarafından artık şiddet damgası vurulmaz” (İnan, 1997,7). Toplamların zaman içinde şiddeti kanıksadığı görünmektedir. Bu durum toplumun şiddet çitasını yükseltmeye neden olmakta, etkin mücadele yöntemlerini uygulamada zorlukları artırmaktadır.

1.6.3.Zedelenme ve Saldırganlık Teorisi

Zedelenme kelime anlamı olarak yaralanmayı ifade ederken, saldırganlık kendi düşünce ve davranışlarını başkalarına zorla kabul ettirme amacı da taşıyan, benimsetme çabaları olarak tanımlanır. “Bu teoriye göre şiddet, önemli beklentiler yerine gelmediğinde kişide zedelenme olur, bu durumlarda verilen yanıt bu teoriyi ve hastanelerde karşımıza çıkan şiddet davranışını çoğunlukla açıklayabilir” (Annagür , 2010, 161). Hastanelerde çalışma şartları hem çalışan hem hizmet alan açısından optimum koşullara getirilmeye çalışılmaktadır. Bu süreçte belli fedakarlıkları hastalar ve çalışanlar yapmaktadır. Öngörülen ya da görülmeyen olumsuz durumlarla karşılaşıldığında tepkiler öncelikle eksiklikler temelli odaklanır. Sonuçta karşılanmayan beklentiler ortaya çıkar.

Zedelenen bireyin davranışları şiddete neden olur. “ Duygu ve düşüncelerin kışkırtıcı biçimlerde ifade edilmesi, bilinçsizce yapılan suçlamalar, bireylerin sahip oldukları iletişim becerilerinin yetersizliği, hatalı namus ve ahlak anlayışları, yoksulluk, beklentilerin ve kazanılmış niteliklerin yoksunluğu, alkol ve madde bağımlılığı, ailenin yıkılması, akranlardan sapkın davranışlar görme, onlarla birlikte olma, okul başarısızlığı, geleneksel grup ve değerlere olan bağlılığın etkisini yitirmesi, kültürel yapıdaki düşük özgüven, sosyal dışlanma, bireysel ve kişilik eğilimleri (hareketlerinde düşüncesizlik ibareleri, empati yoksunluğu), okul çevresi, zararlı delici kesici aletlere ve

silahlara ulaşım imkanının kolay yollardan olması, zayıf bir benlik yapısına sahip anne babalarının olması, denetimde yaşanan yetersizlikler ve davranışlarda ki tutarsızlıklara sahip olmalarının şiddet olaylarına neden olduğu bildirilmektedir’’ (Kızmaz,2012,247). Yaşantımızda maruz kaldığımız olumsuz davranışlar tüm toplumu ilgilendiren sonuçlara neden olmakta, şiddet konusunda var olan çıtayı yükseltmeye devam etmektedir.

1.7. Şiddetin Sınıflandırılması

Şiddet davranışı farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Şiddet davranışının ortaya çıkma şekli şiddetin sınıflandırılmasına temel oluşturmıştır. Şiddet genel olarak sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır.

1.7.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel olarak zarar verici davranışları kapsamaktadır. Fiziksel şiddet tanımları zarar verici şiddet eylemlerini içermektedir. ‘‘Doğrudan temasla, bir eşya, araç ve hayvanla ya da kullanılan fiziksel üstünlükle, korkutucu, beden dilinde korkutan ve tehdit eden ton olması, ses tonunun yükselmesi ve yargılayan, tahakküm edici jest ve mimiklerle belirtilen her tür tutum ve davranış fiziksel şiddettir. Tokat, yumruk, itme, tekme, sertçe tutup sarsma, bağırma, sıkıştırma, bir yere kilitleme, tehlikeli bir yerde yalnız bırakma, korktuğu bir şeyle yan yana kalmasını sağlama, yaralayıcı, delici, kesici bir alet ya da silahla tehdit etme ya da zarar verme en yaygın, en bilinen fiziksel şiddet örnekleri arasındadır ‘’(Altekin,2013,37). Şiddet tanımında geçen terimler dahi mağdurun şiddet davranışı sonucu uğrayabileceği zararın boyutları hakkında fikir vermektedir.

Fiziksel şiddeti oluşturan zarar verici davranış sadece bireyi hedef almamaktadır. Nedenleri ve sonuçlarıyla genel anlamda toplumu ilgilendirirken özelde bir takıma, bir topluluğa yönelebilmektedir. ‘‘Fiziksel şiddet bir başkasına ya da bir gruba karşı psikolojik, fiziksel ya da cinsel yönden zarar verme ile nihayetlenen fiziki güç kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel şiddet türünde karşı tarafı tekmeleme, kesme, vurma, tokat atma, itme, ısırma, çimdik atma gibi fiziksel eylemler yer

almaktadır’’ (Yeşildal, 2005, 290). Şiddet insanları sadece birey olarak tehdit etmekle kalmayıp, toplumsal içerikli şiddet davranışlarına da neden olmaktadır.

Şiddet türleri amaçlarına göre sınıflandığında fiziksel şiddetin amacı fiziksel zarar vermek olarak tanımlanabilir. ‘‘Fiziksel şiddet kişilere ya da nesnelere doğrudan zarar vermeye yöneliktir. Kontrol yöntemlerinden biri olarak şiddeti benimseme, model olarak fiziki şiddeti alma, çocukken istismara uğramış olma ve aşırı alkol kullanımı fiziksel şiddetin nedenleri arasındadır ‘‘(Avcı Uzun, 2013, 20). Fiziksel şiddet sonucu mağdur ölüme varan sonuçlarla dahi karşı karşıya kalmaktadır. Fiziksel şiddet sonucu kestirilemeyen durumlara neden olmaktadır.

Yaşanan şiddet eylemlerinin toplumun farklı kesimlerinde farklı etkileri olmaktadır. ‘‘Toplumda yaşanan şiddet olayları eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş ve mesleki statülerine göre farklılık göstermektedir. Ancak fiziksel şiddet ‘‘güçlü konumda olandan’’ ‘‘güçsüze’’ yönelik olarak konumlanmış görünmektedir. Örneğin, ailede şiddet ortaya çıkarken daha çok erkek cinsiyetinden kadın cinsiyetine yönelik, anne babalardan çocuklara ve gençlere yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır. Yaşanan şiddet olaylarının toplumdaki bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılık göstermesinin, eğitilmiş, kültürlü, toplumda önemli bir mesleki statü kazanmış kısaca sosyal ve kültürel açıdan belirli bir seviyeye ulaşmış bireylerin şiddetin mağduru veya aktörü olmayacağı anlamına gelmediği de unutulmamalıdır.

‘‘(<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf>, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015) Şiddet davranışının nasıl oluştuğuna ilişkin veriler şiddet uygulayan kişiden çevresinin korunması gerektiğini düşündürmektedir. Önlemler alınırken bu veriler göz önünde bulundurulmalıdır.

1.7.2. Sözel Şiddet

Şiddet türlerinden biri olarak sözel şiddet sayılmaktadır. Sözel şiddet ‘bireye yüksek sesle konuşarak bireye duyduğu öfke ve kinini yönlendirme, bireye ya da icra edilen mesleğe yönelik saygısızlık, hakaret, kabalık, alay etme, küfür etme, aşağılayıcı sözler söyleyerek incitme, baskı yaratıcı ya da yıldırma tehdit edici ve suçlayıcı konuşma tarzı ile sözel olarak ifade edilen davranış’ olarak tanımlanabilmektedir

(Beder,2009, 7). Sözel şiddet davranışı sergilemekte amaç bireyin kişiliğine zarar verme olarak tanımlanabilmektedir. ” Bireyin kişiselliğine sözel olarak zarar verme olan sözel şiddet, küfür etme, aşağılama gibi davranışları içermektedir. Kötüye kullanılan güç ve taraflar arasında yaşanan uyumsuzluk sözel şiddetin nedenleri arasında ” sayılmaktadır. (Altıntaş, 2006,10). Toplumumuzda kanıksanan şiddet türlerinin başında en sık karşılaşılan olması özelliği ile sözel şiddet gelmektedir. Mobbing kavramına temel oluşturduğu düşünülmektedir. Sonuçları açısından yaşattığı olumsuzluklar sözel şiddeti önlemeye yönelik verilmesi gereken öncelik tanımlarına temel oluşturur.

1.7.3. Psikolojik Şiddet

Şiddet türlerinden bir diğeri psikolojik şiddettir. Bireyi psikolojik açıdan zedeleyen davranışların tümü psikolojik şiddet davranışını oluşturan eylemler içerisinde sayılmaktadır. “ Bireye ya da topluma yönelik fiziksel, sözel, ruhsal ve sosyal gelişim açısından zarar veren, fiziksel güç ile tehdit de dahil kasıtlı olarak güç kullanımıdır. Sözle birisine gururunu kırıcı, küçük düşürücü, saygısızca davranmayı, zorbalık, taciz ve tehdit etmeyi içermektedir” (Yeşildal, 2005, 290).” Psikolojik şiddet çaresizlik ve korkuyu sıklıkla gösteren taciz şekillerinden sözel olanını ifade eder” (Altıntaş, 2006, 10). Psikolojik şiddete neden olan ve psikolojik şiddet gören kişinin yaşadığı duygular arasında korku ve çaresizlik gelmektedir.

Psikolojik şiddet ile ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. Yaşanan şiddet olaylarını çözmek adına mecliste de araştırma komisyonları kurulmuş olup, şiddet türleri orda da tanımlanmıştır. “Kişinin kendisini tehdit ve baskı altında hissetmesine neden olan psikolojik sağlık durumunu bozan, inciten, üzen, sarsan, her türlü tutum psikolojik şiddet olarak nitelendirilmektedir. Duygusal (Psikolojik) şiddet, benliğine, mağdurun kendine yönelik değer duygusuna, benlik saygısına, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran saldırgan kişinin, şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığını hissetmesini temel ilke benimsemiş şiddet türlerinden biridir. Duygusal şiddet davranışlarına örnek olarak ayrımcılık yapmak, manevi baskıda bulunmak, küçük düşürmek, görmezlikten gelmek sayılabilir.

”(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015) Psikolojik şiddete maruz kalan kişi kendisini aynı zamanda psikolojik baskı altında hisseder. Bu durum kişinin mağduriyetini artırır. Şiddetin kontrol edilemeyen aşamalara taşınmasına neden olur.

Toplumsal bir sorun halini alan şiddet toplumda çeşitli platformlarda da tartışılır olmuştur. Medyanın şiddet olaylarına hem neden olma hem önleme yönünde etkisi olduğu düşünülmektedir. Mecliste yapılan çalışmalarda medya-şiddet ilişkisini açıklayıcı raporda da duygusal şiddet tanımı sunulmuştur. “Duygusal şiddet psikolojik temellere dayanan ve güç ilişkisinden kaynaklanan bir durumdur. Daha çok psikolojik yıpratmaları, duygusal sınırlamaları içermekle birlikte en önemlisi olarak nitelendirilen şiddete maruz kalan birey yani şiddet mağduru üzerinde (ya da grup üzerinde) görünmeyen denetim sistemleri kurmayı içermektedir. Hem fiziksel hem de psikolojik şiddet, insanın yaşamı süresince devamlılık kazanmakta, yine çocuklar üzerinden bir davranış biçiminde bir nesilden diğer nesile aktarılmaktadır. Öyle ki; şiddete maruz kalan şiddet mağduru kişi, şiddet olayını kanıksamakta, hatta durumu normal, algı olarak kendi suçu gibi görmekte, durumdan şikayet etmemekte ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Şiddet mağduru kişi bazı hallerde ise yaşadığı durumdan şikayetçi olsa dahi şiddet olayını normal karşılayan toplumsal normlarla karşılaşmaktadır “(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015) . Toplumda bazı sıfatlardan dolayı kişiler güçlü adledilmektedir. Bu kabul görülecek bir durum değildir. Örneğin erkek olma beraberinde kişiye toplumda güçlü olma rolünü de sunmaktadır. Bu rol kişiye güçlü olduğundan dolayı şiddet uygulama, bireyleri ezme hakkını vermemekte, ama bu haklar birey erkek olduğu için kazanılmış görünmekte, öyle algılanmaktadır. Bu algının oluşturulmasında katkı sağlayan kişi şiddet olayının sonucundan da sorumlu olmaktadır.

1.7.4. Cinsel Şiddet

Şiddet eyleminin oluşumunda etkili cinsiyet, hormonal ve genetik özellikler gibi yönlerle şiddet teorilerinde değinilmiştir. Cinsiyet şiddet olayı oluşumunda önemli role sahiptir. Şiddetin en bilineni toplumumuzda kadına yönelik uygulanan şiddettir. Her türü ile karşımıza çıkmaktadır. Bu durum erkek cinsiyetinin şiddet davranışını kadına yönelik sergilediğini düşündürmektedir. Şiddet içeren eylem tanımı şiddetin her türünü

içine almaktadır. “İnsanlık tarihi boyunca süregelen bir şiddet biçimi olan ve fail, mağdur ve olayın gerçekleşme biçimine göre pek çok farklı türü bulunan cinsel şiddet, insanın fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne karşı işlenen en önemli suçlardan biridir”(Çoklar,2007,3). Şiddet suçu diğer suçlarla kıyas edildiğinde işlenen suç sonucu herhangi bir haklı gerekçe sunulmadığı için en adi suçlardan kabul edilmektedir.

Şiddeti önlemeye yönelik yapılan uluslararası çalışmalar içerisinde şiddet tanımları da yer almaktadır. DSÖ’ nün 2002 yılında yaptığı tanıma göre cinsel şiddet; cinsel bir eylem gerçekleştirmeye, istenmeyen cinsel sözler söylemeye, cinsel yaklaşım ve tekliflerde bulunmaya ya da bir kişiyi ticari amaçla cinsel olarak kullanmaya yönelik eylemlerin tümünü kapsamakta olup, kurbanla fail arasında ki ilişki her ne olursa olsun, kurbanın evinde ya da işyerinde sınırlı kalmaksızın her türlü koşulda bir kişinin cinselliğine karşı dolaylı ya da direkt olarak ve zorlamayla yapılan cinsel bir eylemi içermektedir.

Cinsel şiddet; çocuk, genç ve kadınlar dahil olmak üzere tüm bireylere yönelik olarak sözle rahatsız etme, el kol hareketi yapmakla başlayıp geniş bir yelpazede tecavüze kadar varan cinsel taciz ve saldırıdır. “Telefonla, internet ortamında yazılı olarak ya da sözlü cinsel içerikli her şey ile tacizde bulunmak, sarkıntılıkta bulunma, sıkıştırma, istenmeyen yer ve zamanda, istenmeyen şekillerde cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel ilişkiyi istenmeyen şekilde kurmak, başka insanlarla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, çocuk doğurmaya ya da doğurmamaya zorlamak, ensest, zorla evlendirmek, kürtaja zorlamak, kadınlığa laf söylemek, gerekçesi namus diye öldürmek ya da öldürmeye zorlamak, fuhuşa zorlamak, cinsel şiddete örnek olarak sayılabilir. Cinsel şiddetin içerdiği eylemlerden de anlaşıldığı üzere cinsel şiddetin önemli bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet de içermektedir.

“(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf,Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015). Cinsel şiddet tanımında geçen ifadeler şiddete maruz kalan bireyde bırakacağı etkiyi anlama açısından önem taşımaktadır. Şiddet cezalandırılırken bu durumlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Şiddet türlerinin tanımları karşılığını yaşanan bireysel ve toplumsal olaylarda bulmaktadır. Bazı şiddet olaylarına bazı toplumlarda daha sık rastlanmaktadır.” Cinsel şiddet özellikle gelişmekte olan toplumlarda yeni bir olgu olmamakla birlikte, insan hakları açısından ve üreme sağlığı gibi konularda doğurduğu olumsuz sonuçlardan ötürü

(örn; istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır’’ (Kalichman v.d. 2006,53). Şiddet sadece bireyi değil toplumu da ilgilendiren sonuçlar doğurmakta, şiddet sonucu yaşanan olaylarda bazı önlemlerin toplum sağlığını korumaya yönelik alınması gerekmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

KADINA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Kadın ve erkek toplumunuzda aynı statüde değerlendirilmemektedir. Bu statüyü belirleyen eğitim, toplumsal roller gibi özellikler mevcuttur. Toplumda kadın statüsü erkeğin statüsüne göre düşüktür. Bu da cinsiyetler arası güç dengesizliğine neden olmaktadır. “Kadın ve erkeğin toplumsal statüsünü saptayan değerler mevcuttur. Bunlar eğitim, çalışma, toplumsal cinsiyet rolleri gibi belirleyici durumlardır. Toplumsal statü değerlendirmesinde kadın statüsü erkeğin toplumsal statüsüne göre düşük kabul edilir. Bu durumda kadın ve erkek arasında güç dengesizliğini kadın aleyhine olmak üzere oluşturmaktadır. Günümüzde kadına yönelik şiddetin temel nedeni olarak toplumsal statü gösterilmektedir. Bu statünün temel bileşenleri toplumsal kadın ve erkek rollerinde oluşmuş eşitsizlik ve erkek cinsiyetinin bu oluşan eşitsizliği sürdürmeye olan isteğidir”(Okutan,2007,9). Toplumsal şartlarda değerlendirildiğinde kadın statüsü erkeğin toplumsal statüsüne göre değersiz kabul edilir. Bu durum kadın ve erkek arasında ki güçler dengesini kadın aleyhine kurar.

Günümüzde de ülkemizde ve tüm dünyada geniş kapsamlı sosyal problemler içerisinde kadına yönelik şiddet yer almaktadır. “Dünyadaki her 100 kadından en az 10 kadın ile 70 kadın arasında değişen rakamlarda kadının hayatlarının bir döneminde, eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Dünyada bu konuda tehlikenin büyüktür. Bu tehlikenin oranını anlayabilmek adına yılda 1.6 milyondan fazla insanın şiddetin herhangi bir çeşidine maruz kalarak hayatını kaybettiğini vurgulamak büyük bir önem teşkil etmektedir” (Dünya Sağlık Örgütü, 2002). Kadına yönelik şiddet sadece ülkemizin değil tüm toplumların sorunu haline gelmiştir.

Kadınlar toplumsal olarak güç dengesizliğinden olumsuz anlamda etkilenmektedir. Toplumda sadece erkek olmak hem statü hem güç kazandırmaktadır. Aynı ölçüde kadın olmak statü kaybı, güç kaybı demektir. “Toplumsal cinsiyete dayalı kadınları hedef alan şiddet, bir kadına sadece kadın

olması nedeniyle yöneltilen ya da kadınları orantısız bir şekilde etkileyen şiddettir ‘’(Okutan,2007,14). Olumsuz anlamda toplumda ki algıların geneli kadın kaynaklı ya da doğrudan kadınları etkilemektedir.

Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddeti Önlenmesi Bildirgesinde kadınların mağduru olduğu şiddeti; ‘özel yaşamda ya da kamusal yaşamda olması fark etmeksizin meydana gelen, kadınlara psikolojik, cinsel veya fiziksel acı veya ıstırap veren veya verecek olan cinsiyete dayanan bir yaptırım veya bu tür yaptırımlarla zorlama, tehdit etme, veya keyfi olarak alenen özgürlükten yoksun bırakma’ şeklinde tanımlamaktadır. ‘’Kadınlara yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, kadınların yaklaşık %61,0’nın partnerleri veya eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları ve bununla birlikte kadınların erkeklere oranla on kat daha fazla sayıda cinsel şiddet ve saldırıya uğradıkları belirtilmektedir. Şiddet korkusu, tecavüz korkusu kadının sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir ‘’(Okutan, 2007,17). Çalışmalar şiddet kadına yönelik şiddetin kadının en yakınında ki kişiden de toplumsal alanda ki hiç tanımadığı kişiden de gelebileceğini göstermektedir.

Kadına yönelik uygulanan şiddet özel yaşamında ise sonucu olumsuzluklar doğuruncaya kadar gizlenebilmektedir. Kadının şiddet görmesine bir etken toplumsal rolleri iken, aynı toplumsal roller kadının maruz kaldığı şiddeti gizlemesine de neden olmaktadır. ‘’Şiddet kadının sağlığı üzerinde kalıcı hasarlar bırakabileceği gibi depresyon, aşırı alkol kullanımı, anksiyete, intihar davranışı, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi kadının psikolojik ve davranışsal problemler geliştirmesine de neden olur. Toplumda kadın ve erkek arasındaki eşitsizlik göstergeleri, geleneksel cinsiyetçi roller, kültürel normlar (erkeğin kadının duygularına aldırmaksızın cinsel isteğini haklı bulan), yasal yaptırımların zayıflığı kadınların eşleri tarafından istismarına neden olmaktadır. Bu faktörler aynı zamanda kadının istismar ilişkisinden ayrılmasını zor ya da tehlikeli kılmaktadır ‘’(Okutan,2007,17). Kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik çalışmaların tümünün temeli toplumsal ayrımcılığa bu yolla da neden olmamak üzere konumlandırılmalıdır.

2.1. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Genel olarak şiddet, neden ve nasıl meydana geldiği hususunda bütünüyle bir fikir birliği sağlanamayan, bilim tarihi süresince farklı düşüncelerin ağırlık kazandığı oldukça kompleks sebeplerle meydana çıkan bir olgudur. Özünün karmaşıklığı sebebiyle konuyla ilgili bilim dalları konuyu birbirinden farklı açıklamalarla izah etmeye çalışmaktadırlar. Sağlık bu konuya en son eklenmiş olan bilim dalıdır. Sağlık disiplini tarafından şiddet ancak 1980'li yıllarda sonuçları itibariyle bir sağlık problemi olarak görülmeye başlanmıştır. Şiddet sağlığın bütün boyutlarını; fiziki, psikolojik ve sosyal sağlığı bozarak olumsuz etkilemektedir. Şiddet sorunu yayınlığı nedeniyle bir halk sağlığı problemi olarak görülmeye başlanmıştır. Şiddet en son sağlık bilimi tarafından incelenmeye alınsa da öncesinde şiddet konusu başta psikoloji olmak üzere antropoloji, sosyoloji, kriminoloji, siyaset bilimi ve tarih bilim dallarının ilgi alanına girmiştir. Şiddetin nedenleri bütün bilim dalları açısından kendi bilimlerinin kuruluş mantığı çerçevesinde açıklanmaktadır. Temelde ise şiddetin nedenleri şu şekilde sıralanabilmektedir.

- Şiddet, üzerinde konuşulan haliyle canlılarda türün devamlılığını sağlamak ve hayatını devam ettirebilmek için meydana gelen saldırganlıktan farklıdır.
- İnsan doğada kendi doğaya ve kendi türüne karşı akılcı bir nedeni olmadan yıkıcı şiddet uygulayan tek canlıdır.
- Şiddeti uygulayan kişilerin genelde erkek olması şiddet içerikli davranışların güdüsel olarak insanda ortaya çıkmadığını göstermektedir.
- Şiddet kişiden kişiye her zaman doğrudan uygulanmadığından sadece insan fizyolojisi ya da psikolojisi ile de açıklanamaz.
- Şiddetin genellikle egemenlik ilişkilerini devam ettirebilmesi amacıyla kullanılan bir metot olduğu düşünülmektedir. Güçlüden zayıfa doğru sahip olunan güç ya da kudretin egemenlik kurma amacıyla kullanılması olarak ifade edilebilmektedir.
- Şiddeti ortaya çıkaran nedenlerin yapılan araştırmalar sonucunda bireysel ve toplumsal kaynaklara dayandığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Şiddet çok farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır ve şiddet çeşitlerinin kendi içerisinde düzeyi farklılık göstermektedir.
- Şiddetin çeşitlerinin meydana geliş sıklığı tarihsel süreç içerisinde varolan konjonktüre bağlı olarak farklılık göstermektedir.

- Şiddetin değişik çeşitleri olsa da problemin çözümü için bütün şiddet çeşitlerini bütün olarak bir arada ele alınması gerekmektedir.
 - Şiddet probleminin çözülebilmesi için bütün şiddet çeşitlerine yönelik gerekli yaklaşım önleyici tarzda olmalıdır. Çünkü şiddetin bir tipinin görüldüğü ortamda genellikle diğerlerinin de yaşanma olasılığı daha yüksektir. Bu sebeple şiddet tüm yönleriyle bilinmesi gereken olgudur
- <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1140m.htm> Erişim Tarihi: 12.05.2015).

Toplumlarda kadınlar şiddetin her türü ile karşılaşmıştır. Kadınların intihar etmesi, intihara zorlamaları, şiddetin kız çocuklarına yönelik çeşitli biçimlerde ortaya çıkan, sokakta yaşanan kadına yönelik cinsel taciz, şiddetin kapkaç şeklinde yaşanması, politikaların kadına yönelik olanları aracılığıyla oluşan şiddet, kadınların çalıştırılmaması, düşük ücretle zor koşullarda iş yaşamında çalıştırılması gibi çeşitli şekillerde şiddet görmektedirler. Kadına yönelik şiddetin bu nedenlerle bireysel, sosyal ve kültürel nedenlere ve koşullara bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

2.1.1. Bireysel Nedenler

Kadınlar genellikle birinci derecede akrabalık ilişkileri olan eşleri, erkek kardeşleri ve babaları gibi tanıdıkları bildikleri kişilerden şiddet görmektedirler. Özellikle kadına yönelik şiddetin aile içinde ki yönüne göz atıldığında şiddet uygulayan erkeklerin ortak özelliği düşük gelirli ve genç olmalarıdır. Erkeğin düşük okul başarısına sahip olması, çocuklukta ve ergenlikte yoksulluk çekmesi ve ergenlikte saldırganlık içeren suça karışmış olması bazı çalışmalarda yirmili yaşlara geldiğinde eşine fiziksel şiddet uygulaması açısından önemli bulunmuştur.” Aşağıdaki tabloda bir erkeğin birlikte olduğu kadını istismar etmesi ile ilişkili bulunmuş faktörler sıralanmıştır.

Tablo 1. Erkeğin Birlikte Olduğu Kadına Şiddet Uygulanmasına İlişkin Faktörler

Bireysel faktörler	İlişkinin biçimi ile ilgili faktörler	Toplumsal faktörler	Kültürel faktörler
Genç yaş	Evlilikte çatışma	Aile içi şiddete karşı zayıf toplumsal tepki	Geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri
Aşırı alkol kullanma	Evliliğin oturmamış olması	Yoksulluk	Şiddet ortaya çıkaran ve destekleyen sosyal değerler
Depresyon	Ailede erkeğin rolünün baskın olması	Moral değerlerde yetersizlik	
Kişilik bozuklukları	Ekonomik sıkıntı		
Düşük okul başarısı	Ailenin işlevselliğinin yetersiz olması		
Düşük gelir düzeyi			
Çocuklukta şiddete maruz kalmak ya da şiddete şahit olmak			

Kaynak : Erkeğin Birlikte Olduğu Kadına Şiddet Uygulanmasına İlişkin Faktörler’’ (Muslu,2012,15).

2.1.2. Ailede şiddet öyküsünün etkileri

Çocukluk çağında aile içinde şiddetin yaşanmış olması bireysel faktörlerden birisi olarak sayılmaktadır. Aile içinde yaşanmış şiddetin erkeğin yetişkinlikte birlikte olduğu kadına şiddet uygulaması açısından önemli görülen etkenlerden biri olduğu düşünülmektedir. “Geçmiş yaşantısında şiddet mağduru olmuş ya da ailesinde şiddet uyguladığında buna tanık olmuş eşe sahip kadınların partnerlerinden şiddet görme sıklıklarının şiddete maruz kalmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.” (Muslu, 2012,16). Erkeklerden eşine şiddet uygulayanlardan büyük çoğunluğunda fiziksel şiddete maruz kalma ya da annelerinin şiddete maruz kaldığına tanıklık etme gibi bir özellikleri varken, fiziksel şiddete şahit olan tüm çocukların yetişkinlikte kendilerinin de çevrelerindeki kişilere şiddet uygulayan bireyler olacaklarını söylemek mümkün değildir.

2.1.3. Kişilik bozukluklarının etkisi

Eşlerine şiddet uygulayan erkeklerin yapılan bazı araştırmalar da duygusal yönden güvensiz, benlik saygısı düşük, daha bağımlı, güdü kontrolü konusunda yetersiz kişiler olduklarını gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Eşleri şiddet mağduru erkekler, çevresindekilere şiddet uygulamayan erkeklere göre anti sosyal, duygu durumu daha depresif, daha fazla öfkelenen ve düşmanlık duyguları taşıyan, saldırgan ve sınırdaki kişilik bozukluğu ölçeklerinden daha yüksek puan alan kişiler olduğu belirlenmiştir. Ancak eşlerine şiddet uygulayan erkeklerin tümünün bu tür psikopatolojik bozukluklar gösterdiğini söylemek mümkün değildir.

2.1.4. Kişiler arası ilişkinin biçimi ile ilgili faktörler

Kadına yönelik şiddeti etkileyen en önemli faktörler arasında kişiler arası düzeyde evlilikte çatışma ya da ilişkide uyumsuzluk gibi özellikler ortaya çıkmaktadır. Kadına yönelik şiddet ile ilgili çalışmalarda evlilikte yaşanan çatışma ortamı yapılan bütün çalışmalarda oldukça önemli bir etken olarak saptanmıştır.

2.1.5. Toplumsal faktörler

Kadına karşı fiziksel şiddet bütün sosyo-ekonomik gruplarda görülen bir durumdur. Buna rağmen fiziksel şiddetten daha fazla etkilenen kısımlı araştırmalarda yoksul kadınlar olarak gösterilmiştir. Yoksulluk şiddete neden olur mu kısmı tartışılmaktadır. Yoksulluğu yaşayan erkeklerin ailenin geçimini sağlama ve tükenme duygusu hususunda oluşan beklentiyi kültürel yönden karşılamakta yetersiz kalmaları gibi sebeplerle yaşadıkları stresi hayatlarının her anına yayabildikleri görülmektedir. Ayrıca evlilikte çatışmalara ve fikir ayrılıklarına neden olarak ortaya çıkan ya da kadınların şiddet içeren, keyifsiz bir birlikteliği terk etmesini engelleyen bir faktör olarak da ortaya çıkabilmektedir.

Şiddet konusunda toplumun kadına yönelik bakış açısı da önemli bir diğer faktördür. Kadına yönelik uygulanan şiddet faktörleri sıklığının birbirinden farklı olduğu 16 ülkede yapılan bir çalışmada kadına yönelik şiddete kesin toplumsal

yasakların geliştirilmiş olduğu yerlerde, şiddet gören kadınlara aile ve sığınma evleri aracılığı ile korunma sağlanan toplumlarda şiddet düşük oranda bulunmuştur.

Kadının iş yaşamına katılması, evin geçiminde, idaresinde söz sahibi olması gibi etkenlerin kadına yönelik aile içinde ki şiddeti arttırdığını düşündürmektedir. Kadına yönelik şiddetin en düşük olduğu toplumlarda kadın statüsünün de en düşük olduğu bilinmektedir. Çünkü erkeklerin kadınlar üzerindeki otoritesi bu tür topluluklarda mutlak olup ve kadınlar tarafından da bu otorite mutlak kabul edildiği için erkekler kadınlar üzerinde otorite kurmak ve bu otoriteyi sürdürmek için şiddete başvurmaya gerek duymazlar. Diğer taraftan kadının statüsünün yüksek olduğu toplumlarda kadınların dayanışma içerisinde davranarak, kadınların geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini sorgulayıp değiştirebilecek yeterli güce erişebildikleri öne sürülmektedir.

Kadına yönelik şiddeti aile içerisinde etkilediği görülen başka nedenlerde vardır. Bu etkenler toplumda diğer şiddet suçlarının görülme sıklığı, ailenin mahremiyeti ile ilgili sosyal kurallar, erkeğin kadın üzerindeki hâkimiyeti ile ilişkili toplumsal kurallar, toplumun sahip olduğu ahlaki değerlerin düzeyi olarak sıralanmaktadır.

2.1.6. Kültürel Faktörler

Yapılan araştırmalar toplumun kültürel temellerine göre ailede erkeklerin baskın ve temel karar verici konumda oldukları, kadınların çeşitli nedenlerle kolayca boşanamadıkları, yetişkinlerin çatışmalarını çözmek için şiddete başvurdıkları toplumlarda kadınlar eşlerinden daha fazla şiddet görmekte daha fazla şiddet mağduru olmaktadır.

Toplumda kadın örgütlenmelerinin varlığı diğer önemli etken olarak sayılabilir. Kadınların gerek duyduğu sosyal desteği sağlayan bu dernekler şiddet mağduru kadınlara aileleri ve eşleri dışında ekonomik bağımsızlık olanağı yaratabilmektedir.

Kadına yönelik şiddeti bazı etkenlerin artırdığı düşünülmektedir. Bu etkenler arasında savaş, iç çatışma ya da diğer sosyal kargaşa ortamlarının varlığı ya da bu tür ortamlardan yeni çıkmış olması da bulunmaktadır. Kadın erkek eşitliğinin sağlıklı olmadığı ortamlarda bireylerin ateşli silahları kolayca edinebilmeleri kadının şiddet

görme olasılığı artırmaktadır. Bazı karışık durumların kadınlara kendilerini gerçekleştirme adına olanak sağladığı bilinmektedir. Ekonomik ve sosyal kargaşa ortamları buna örnek verilebilir. Kadınların bu ortamlarda daha özgürleştiği belirlenmiştir. Aileye ekonomik olarak katkı sağlamak için daha fazla sorumluluk alan kadınlar erkeklerin ailenin korunması ve geçiminin sağlanması gibi geleneksel toplumsal cinsiyet rollerine uygun davranmadıkları göstermektedir. Tüm bu durumlar kadınların şiddet görme riskini de artırmaktadır.

2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Şiddetin toplumsal olarak sorun haline gelmesinin ardından konu hakkında detaylı tanımlamalar yapıp, farkındalık artırılmaya çalışılmıştır. İnsanlar farklı yollarla birbirlerine zarar verebilir. ‘İnsanlar birbirlerine; sözel (aşağılama, tehdit etme), fiziksel (yumruklama, tekme), kişisel imaja zarar verme, mala zarar verme gibi farklı şekillerde zarar verebilirler’ (Felson, 1999,28). Kadına yönelik şiddet denildiğinde fiziksel zarar verme akla gelmektedir. Ancak yapılan çalışmalar artık bunu doğrulamamakta son yıllarda ‘Literatürlerde en fazla bahsi geçen şiddet türleri sözel ve fiziksel şiddet olmakla birlikte, son yıllarda buna cinsel, psikolojik, ve ekonomik şiddetin de saldırı sınıflanmasına ilave edildiği görülmektedir’ bilgisi yer almaktadır. (Keser v.d., ,2011, 43).Günümüzde yaşadıklarımız göz önüne alındığında kadın ve şiddet konusunda artan farkındalıkla birlikte şiddet türlerini daha net ayırmaktayız.

2.2.1. Duygusal/ Psikolojik ve Sözel Şiddet

Kadınların maruz kaldığı şiddet türlerinden biri sözel şiddettir. Saldırgan zarar verme eylemini aşağılama, küçük düşürme, kadının kendini kötü hissetmesini sağlama gibi duyguları mağdurun yaşamasına yönlendirmektedir. ‘Duyguların ve duygusal gereklerin, karşıya baskı yapabilmek için denetimli bir şekilde şiddete mağdur etmesi, tehdit aracı ve bir yaptırım olarak kullanılmasıdır. Kadının özgüvenini yitirmesine yol açmak, kadını küçümsemek, kadını aşağılayıcı sözler söylemek, uygulanan şiddeti inkar etmek, kadına karşı çocukları kullanmak, kadını ihmal etmek, sevgi göstermemek vb. sayılabilir’ (Okutan,2007,24).

Kadına şiddete yönelik mecliste yapılan çalışmalarda 'psikolojik şiddet olarak kişinin duygusal sağlık durumunu bozan, inciten, üzen, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine sebep olan her türlü tutum ve davranış değerlendirilmektedir' denilmektedir.

“(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015).

Kadına yönelik sözel şiddet boyutu literatürde psikolojik istismar olarak da geçmektedir. “Psikolojik istismar aynı zamanda sözel istismarı da içermektedir. Psikolojik şiddet, şiddet kurbanı kadınların ifadelerine göre, kadına lakap takma, kadının değerlerini duygularını ihtiyaçlarını yadsıma, kadının görünümü, cinselliği ve zekasıyla ilgili küçültücü yorumlar yapma, diğer kadınlarla karşılaştırmalar yapma ve aldatma tehdidinde bulunmak olarak ifade edilmiştir” (Flinck v.d. 2005). Kadına uygulanan şiddetin istismar boyutu en genel anlamda psikolojik olarak adlandırılmaktadır.

Şiddet zaman içerisinde kanıksanmaktadır. Toplumda oluşturduğu olumsuz sonuçlar bunu kanıtlamaktadır. “Duygusal şiddet psikolojik temellere dayanan ve güç ilişkisinden kaynaklanan bir durumdur. Hissedilmeyen “denetim” mekanizmalarını daha çok psikolojik sınırlamaları, duygusal yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey üzerinde (ya da grup üzerinde) kurmayı içermektedir. Kişinin hayatı süresince hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yine çocuklar üzerinden bir tutum biçiminde bir nesilden diğer nesle geçmektedir. Öyle ki; şiddet mağduru birey durumu içselleştirmekte, hatta durumu “doğal”, “kendi suçu” şeklinde yorumlamakta, yakınmamakta, şikayet etmemekte ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda ise duygusal şiddeti “doğal” gören toplumsal değerler yardım talebini bile karşılamamaktadır.

”(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015) Tutum ve davranışlar nesilden nesile miras niteliğinde görünmektedir. Bu durum her bireye sorumluluk yüklemektedir.

2.2.2. Ekonomik Şiddet

Günümüzde kadınlar yaşamın her alanında kendini göstermektedir. İş yaşantısında da rol almaları ekonomik özgürlük elde etmelerine neden olmuştur. Ekonomik şiddet ise toplumda kadının ekonomik özgürlüğünü kazanmasına yönelik tüm faaliyetleri sınırlamayı, kadını gelir konusunda söz sahibi yapmamaya çalışmayı ifade etmektedir. “Ekonomik şiddet kadın üzerinde kaynakların ve paranın bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasını ifade eder. Örneğin kadının çalışmamasını sağlamak, kadına harçlık vermemek ya da harçlığını kısmak, kadının işinde ilerlemesine fırsat vermemek, kadının parasını elinden almak, ailenin geliri konusunda kadına bilgi yermemek ekonomik şiddet olarak sayılabilir” (İlkkaracan v.d., 2003, 35). Kadının artan ekonomik özgürlüğüne paralel şiddetin dozu da artmış görünmektedir. Kadının ekonomik özgürlüğünü kazanmasını eğitim noktasında donanıma sahip olmasını da etkilemektedir.

Kadınların iş yaşantısında yaptığı işe, eğitim düzeyine göre aldığı düşük maaş da şiddeti boyutları arasında sayılmaktadır. Toplumun genelinin maruz kaldığı enflasyon yüksekliği, işsizlik durumu ve yetersiz sosyal güvenlik olanakları bir çeşit ekonomik şiddettir. Ücretlerin düşük olması ve kronik enflasyon, insanca yaşamı tehdit eder. Bu gibi durumlarda insanlar daha sorunlu ve gerilimli olduğu için, doğal şiddete de katkı yapan etki gösterir ve saldırgan davranışları artırır” (Işiker,2011,30). Şiddetin ekonomik boyutunun mağdur ettiği insanlar yoksul ve engellenmiş bireylerdir ve fiziksel şiddet uygulamaya eğilimleri mevcuttur. Kişinin, ekonomik olarak beslenme ve barınma gibi temel fiziki ihtiyaçlarını dahi karşılanamazsa şiddet ve saldırgan davranışlar zaman içerisinde artmakta ve şiddet en basit çözüm yöntemi olmaktadır “(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf, Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015). Ekonomik şiddete maruz kalmak bireyi diğer şiddet türlerine yönlendirebilir. Zincirleme şekilde nihayetinde kadının mağdur olduğu nedenler bütünü kısır döngüye dönüşür.

2.2.3. Cinsel Şiddet

Kadınlar cinsiyet özellikleri ile ilişkili durumlarda istemediği şeyleri yapmaya zorlandığında cinsel şiddetten söz edilmektedir. “Cinsel şiddet, çok kısa bir şekilde, kadını istemediği cinsel davranışlara zorlama olarak tanımlanabilir” (İlkkaracan v.d., 1996). Kadının cinsel obje olarak görülmesi cinsel şiddeti doğurmaktadır. “Cinsel şiddetin içeriğinde kadına cinsel obje olarak muamele etme, zorla ilişkiye girme, çıplak bırakma, kadına değişik lakaplar takma, zorla acı çektirme vardır”(Flinckve ark., 2005). “Kadın bedenine yapılan cinsel saldırı, cinsel doyumu amaçlamamakta, kadının bedenini ele geçirmeyi amaçlamaktadır” (Kızılkaya, 2004). “Cinsel şiddetin uygulanmasında esas olan, şiddete dayalı cinsellik değil, cinsellik görünümlü şiddettir” (UNHCR, 2003). Kadın bedenine yönelik cinsel şiddet içeren saldırılarda amaç cinsel doyumdan daha çok kadın bedenine sahip olma, bedeni ele geçirme olmaktadır.

Cinsel şiddet mağduru genelde kadın ve çocuklar olmaktadır. “Tecavüz kaybedenin aşağılanması yolu olarak genelde kadınlara ve çocuklara uygulanmaktadır. Cinsel şiddetle ilgili üç bin üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada; kadınların %25,0’ı erkeklerin zor kullanması, ısrarı ya da ikna etmesi sonucu istemedikleri halde cinsel ilişkide bulunduklarını, %15,0’ı fiziksel güç kullanılarak ve tehditle cinsel ilişkiye razı kaldıklarını, %9,0’ı ise zorla ya da tehditle cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir” (Sanday, 2005). Şiddet türleri içerisinde en ağır şiddet biçimi cinsel şiddet sayılmaktadır. “Araştırmacılar cinsel şiddetin en ağır şiddet biçimi olduğunu söylemişler ve şiddeti arttıran önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir” (Çöker vd., 2000). Cinsel şiddetin mağduru genelde kadınların ve çocukların olduğu bilindiğinden sonucunun şiddetin en ağır hali olması kaçınılmazdır.

Eşlerin kadınlardan beklentileri karşılanmadığında olumsuz sonuçlar doğabilmektedir. “Kadınlar çoğu zaman eşlerinin cinsel isteklerine yanıt vermek istemediklerinde fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar”(Okutan,2007,23). Kadın şiddet anlamında her yönden kuşatılmış görünmektedir. “Kadınların erkeklere oranla on kat daha fazla sayıda cinsel şiddet ve saldırıya uğradıkları belirtilmektedir” (Crowell and Burgers, 2008). Cinsel anlamda erkeklerin istekleri doğrultusunda hareket etmemek şiddet nedeni sayılmaktadır.

2.2.4. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet toplumda şiddetin en yaygın bilinen türü, şiddetin en kötü sonuçlar doğurduğu türüdür.. ‘İtmek, tokat atmak, ısırarak, tekmelemek, yumruklamak, gebeyken hassas bölgelere vurmak, yakmak, şiddetli yaralanmalar, kırma, şiddetli saldırının neden olduğu düşük, iç yaralanmalar, boğmaya çalışmak- boğazını sıkarak, saçlarından çekmek /koparmak (UNHCR, 2003), kadının elbisesini yırtmak, kadını yatağa bağlamak, boğazını sıkarak ve uykusuz bırakmak fiziksel şiddet örnekleridir’’ (Flinck vd., a.g.e.). Fiziksel şiddette kaba kuvvet bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmaktadır.

Doğrudan temasla, bir eşya, araç ve hayvan ile, ya da fiziki şartların kullanılması ile, korkutucu, beden dilinin tehdit edici oluşu, ses tonunun yükselmesi ve emredici jest ve mimiklerle sergilenen her tür davranış fiziksel şiddettir. ‘Tokat atma, sertçe tutup sarsma, yumruk, tekme, bağırma, itme, sıkıştırma, tehlikeli bir yerde yalnız bırakma, bir yere kilitleme, korktuğu bir şeyle baş başa bırakma, yaralayıcı, kesici, delici bir alet ya da silahla tehdit etme ya da zarar verme en yaygın fiziksel şiddet örnekleri arasında sayılmaktadır’’ (Altekin,a.g.e). Toplumda yaşanan şiddet olayları bazı değerlere göre farklılık göstermektedir. Bu değerler arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statü sayılmaktadır. Ancak genel olarak fiziksel şiddet ‘güçlü konumda olandan’ ‘zayıfa’ yönelik olmaktadır. Örneğin, ailede şiddet daha çok erkekten kadına, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır. Toplumda yaşanan şiddet olaylarının bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmasının, eğitilmiş, kültürlü, önemli mesleki statü kazanmış kısaca sosyal ve kültürel açıdan belirli bir düzeye ulaşmış bireylerin şiddetin mağduru veya aktörü olmayacağı anlamına gelmediği de unutulmamalıdır.

‘’(http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmmsiddetraporu.pdf,Erişim Tarihi; 12 Temmuz 2015).

2.3. Kadının Şiddet Ortamında Kalmasına Neden Olan Faktörler

Kadının bir kez şiddete maruz kaldıysa tekrar şiddete maruz kalma oranı yüksek demektir. Evlilik yaşanan aile içi şiddet; sözel şiddet ve dayak, davranış biçimi olarak tekrar etme eğilimi gösteren bir durumdur. Bir kere aile içinde şiddete maruz kalmış

mağdur olan kadın bu durumun yeniden yaşanacağını düşünse dahi mevcut yaşantısında herhangi bir değişiklik yapmak istemeyebilir. Kadının bu kısır döngüde rol almasına neden olan çeşitli faktörler bulunabilir. Aile içi şiddete maruz kalmış kadınlara yönelik herhangi bir yardımda bulunmanın ilk adımı onların bu durumunu belirleyip, duruma uygun stratejik adımlar atmaktır. Şiddete maruz kalan kadının içinde bulunduğu durumu değiştirmek istememesine neden olan bazı faktörler mevcuttur. Bunlar;

2.3.1. Sosyal Değerler

Kadının kısır döngü içerisinde yaşamını devam ettirmesinde en etkili faktörlerden birisi sosyal değerlerdir. Geleneksel ve tutucu toplumlarda özellikle şiddet gören kadınların bazı adımları atması çok zordur. Kadın toplum tarafından geleneksel olan değerlere ne derece sahip çıkarsa o derece değerli görülmektedir. Toplumun çizdiği normlar içerisinde yer almayan kadınlar toplum tarafından yadırganır, hatta davranışları hoş karşılanmaz, yapıcı olmayan eleştirilere maruz kalırlar. Toplum yapısı kadının bu durumdan ne kadar yara alacağını belirler. Eğitimli ve yeterli toplumlarda kadınlar bu durumu daha hafif yaralarla atlatırlar.

2.3.2. Toplumsal Değerler Sistemi

İnsanın toplum içerisinde yaşarken üstlendiği roller mevcuttur. Bu rolleri insan sosyalleşme ile öğrenir. Bu süreç içerisinde ayrıca evlilik ve boşanma ile ilgili tutumlarda şekillenir. Şiddet uygulayanın aile içi şiddete yatkınlığı, kadın ve çocuklara karşı tutumları da yetiştiği ortamlarda edindiği bu değer yargılarından kaynaklanmaktadır. Kadının şiddete maruz kalıp sesini çıkaramamasının altında özgürlükleri kısıtlayıcı toplum yapısı yatmaktadır.

Kadının içerisinde bulunduğu psikolojik durum kendi kendine yardımı açısından oldukça değerlidir. Şiddetten kurtulma evresinde en önemli görev mağdurdur. Kadının psikolojik deneyimi ya onun bu ortamdan kurtulmasına ya da olayların devamına sebeptir.

2.3.2.1. Gelenek ve Örf – Adetlere dayalı Kadınlık Rolü

Toplumun tüm dünyada kadınlardan beklentileri küçük farklılıklar olmakla birlikte hemen hemen aynıdır. Kız çocukları ilk doğdukları andan itibaren erkek çocuklarından tamamen farklı yetiştirilirler. Kadın toplumda her zorluğa karşı göğüs gerebilmelidir. Ayaklarının üzerinde durabilmeli, bu şartları sağlamak adına gerektiği yerde hayatından ödün vermelidir.

Kadın evlenmeden önce aile ortamında baba ve erkek kardeş tarafından denetlenmekte ve gözetlenmektedir. Evlendikten sonra denetmenlik ve gözetleme görevini eş sürdürür. Medeni durumuyla birlikte kadının sadece “gözetmeni” değişir. Yeni yasa ile birlikte kadınlar artık arzu ederlerse eş dışında bir başka erkek olan babanın soy ismini kullanabilirler. Kız çocukları yetiştirilirken “iyi bir anne” “ iyi bir eş” “iyi bir gelin” olmak için eğitilir ve motive edilir. Toplum aile eğitilmiş olup kız çocuğundan beklentisini iyi bir meslek, iyi bir kariyer üzerine kursa dahi iyi bir eş olması yönünde koyar.

Kadınlar evlilik öncesinde ailelerinin denetimi altındadır. Kararları aile büyükleri daha doğru ifade ile baba alır. Kadın evlense dahi bu kural değişmeyebilir. Karar alıcı mercii babadan sonra eş olmuştur. Şiddet olasılığı bu tarz toplumlarda yüksektir. Amaç otorite kurmak, bu otoriteyi sürdürmektir. Otorite karşısında olan hiçbir değere prim verilmez, kimi zaman o değerlerin törpülenmesi için şiddete başvurulmaktadır. Tam tersi yapı olarak demokratik ilkelere sadık aile düzeninde kadın söz sahibidir. Otorite kurulmaya çalışılmadığı gibi yıkılma tehlikesi de yaşanıp şiddete başvurulmaz.

Eğitimli olma ile şiddet görme ya da şiddet gösterme arasında ne yazık ki bağ yoktur. Eğitimli kadınların daha çok şiddete maruz kaldığı son çalışmalarda belirlenmiştir. Erkekler tüm eğitimlerine rağmen kadınların toplumda statü sahibi olma rolünü sindirememektedir.

2.3.2.2. Evin ve Evliliğin Mahremiyeti

Toplumlarda ev yaşantısı ile ilgili genel yargılar mevcuttur. Ev içerisinde yaşanan her türlü olumsuzluk ev içerisinde kalmalıdır. İnsanlar çevreden ev içerisinde yaşanan şiddet olayına vakıf oldukları halde bu konuda sorumluluk almayı tercih etmez.

Konu gündeme geldiğinde dahi ilgisiz davranır. Konu ile ilgili sorumluluk alması gereken kişiler dahi kendilerine herhangi bir başvuru olmadığı sürece bir adım atmazlar. Kişi durumla kendi başına baş etmek durumundadır.

2.3.2.3. Anne ve Babanın Beraber Olduğu Aileler Tercih Edilir

Aile kavramında makbul olan anne ve babanın birlikteliğidir. Ancak anne ve babanın duygusal olarak sağlıklı olması birbiriyle uyumlu, birbirlerine karşı saygı ve sevgi duymaları halinde anne-babalı aile modeli gerektiği gibi işler ve sağlıklı ve mutlu çocuklar yetiştir. Karmaşık ve uyumsuz bir ortamda anne ile babanın birlikte olmasını sağlamaya çalışmak çocuğa ve kadına yapılan haksızlıktır. Anne baba birlikte yaşasın, aile yaşantısı sürsün derken aile ortamındaki bireylerin ruhsal durumları göz önünde bulundurulmalı, zorlama yapılmamalıdır.

2.3.2.4. Kadının Kendini Suçlaması

Bazı durumlarda kadın şiddet konusunda mağdur olmasına rağmen kendisini suçlar. Kendini suçlu hissetmesinin altında hem eşinin hem toplumun davranışları ve beklentileri yatmaktadır.

Günümüzde çocukları terbiye etmek amaçlı dahi şiddet kabul edilememektedir. Toplumun kadınlardan beklentileri içerisinde şiddet görse dahi suçu önce kendinde arama yargısı yatar. Hatta bu o kadar ileri gidebilir ki kocasını mazur görür: “Adamın üstüne çok gittim”, “Kocamı çileden çıkardım, adam ne yapsın kendini tutamadı” gibi. Bu tür söylemler kadının öz saygısının tahrip olmasına ve benlik imajının da olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır. Kadın artık kocasının şiddete başvurusuyla ilgili kendinden de şüphe etmeye başlamakta ve böylece kendisine yardım eden meslek elemanını çaresiz duruma düşürmekte, öfkelenmesine neden olmaktadır.

2.4. Kadına Karşı Şiddette Kültürel Yapının Etkisi

Şiddeti aile içinde üreten faktörler, aile içindeki ilişkilerle sınırlı kalmayıp, kadını toplumsal yapı içerisindeki rolünde ayrımcılığa uğratan ve onu erkeğe bağımlı kılan mekanizmalardan kaynaklanmaktadır. “Erkeğin toplumda ki ataerkil yapıdan

kaynaklanan, yasaların ve toplumun yapısının müsaade ettiği kadına göre üstün konumu şiddeti besleyen diğer faktördür” (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2006). Toplumsal roller üstlenirken erkek gücü temsil etmekte, sahip olduğu bu rol ile kadını toplumda ezmeye çalışmaktadır. Toplumumuzda ki ataerkil yapı bu durumu desteler görünmektedir.

Aile içi şiddetle ilgili yapılmış araştırmalar şu ortak görüşlerde birleşirler: “Aile içi şiddetin nedeni bireysel değil toplumsaldır; şiddet ailenin yapısı ve işlevlerinden, aynı zamanda aileyi içinde barındıran toplum yapısından kaynaklanır. Şiddetin özel alanda ortaya çıkması, meşrulaştırılan erkek egemenliğinden, erkek olmanın kadın olmaktan daha değerli görülmesinden ve ataerkil yapıda, siyasi ve ekonomik kurumların kamusal alanda egemenliğinden bağımsız düşünülemez” (Ecevit, 1993). Aile içi şiddet mağduru da kadın olarak görünmektedir. Ailede şiddeti tetikleyen nedenlerin ailesel olmadığı bilinmektedir. Aile içerisinde de adil olmayan adalet sisteminin işletildiği görülmektedir.

Cinsel rollerimizde kadın ve erkek olarak davranışlarımızı koşullandıran, nasıl düşüneceğimiz ve tavır takınacağımız konusunda belirleyici olan çoğu zaman içinde yaşadığımız kültürdür. “Pek çok sorunun kişiden kaynaklanan sorunlar değil de, içinde bulunulan toplumun beklentilerinden ve koşullamalarından kaynaklandığı söylenebilir” (Navaro, 2000a). Kültürümüz istemeyi, açıkça talepte bulunmayı, istedikleri gerçekleşmediğindeyse öfke ve kızgınlıklarını göstermeyi daha çok erkeklere mahsus bir davranış olarak kabul etmiştir.

Bu durumu örnekleyen davranışlar toplumun geneli tarafından bilinmektedir. Farkındalık oluşturulma sürecinde bu durum avantaj olarak kullanılmalıdır. “Eve geldiğinde sofrası hazır olmayan, ev hizmetleri beklediği ve alıştığı gibi yapılmayan erkek, anında kızıp bağırma hakkını kültürel olarak öğrenmiştir. Böyle bir kültürel yapı içinde yetişen erkeklerin özgüvenleri tam olarak gelişemez. İsteklerinin anında bekletilmeden gerçekleştirilmesini bekleyen erkek bunu doğal hakkı olarak görür ve bunu elde edemediğinde, kendini küçük düşürülmüş, reddedilmiş, adeta gücü ve saygınlığı, “erkekliği” elinden alınmış gibi hisseder. Bu da kontrol dışı öfke patlamalarına ve saldırganlığa yol açabilir” (Navaro, 2000b). Erkeğin kadını yerine getirmemekle suçladığı roller arasında sayılanlar ileri toplumlarda erkek ve kadın görevi

olarak nitelendirilmektedir. Cinsiyete bağılı roller oluşturma toplumsal baskı sonucu meydana gelmektedir.

Farklı görüşe sahip kadın grupları arasında feministler sayılabilir. ‘’Feministler erkeklerin doğuştan saldırgan ve egemen olmadıklarına inanmaktadırlar. Aslında kadınlar kadar erkekler de yetiştirilme tarzları ve toplumsal şartlandırılmalarının kurbanıdır ve toplumun onlar için belirlediğı rollerin ve imajların kapaına kısıtılmış durumdadır’’ (Bhasin ve Khan, 2003). Toplumların erkeklere biçtiğı roller kişide karşılık bulmadığında toplum açısından erkek de cezalandırılmaktadır.

Kandiyoti (1979), cinsiyet özelliklerinin tanımlamaları, kişilerin bilinçli ya da bilinçsiz olarak kendilerini belirli beklentilere cevap verecek şekilde ayarlamalarına yol açtığını ve belirli bir baskı yarattığını söylemektedir. Kandiyoti, kuşaklar arası karşılaştırmalı araştırmasında, annelerin %32,9’u ‘‘başarılı kadını’’ sadece iyi bir eş ve iyi bir anne olarak tanımlamışlardır. Kadınlarda başarı gerek kendileri gerekse başkaları tarafından şansa atfedilirken, aynı başarı düzeyi erkeklerde yetenekle açıklanmaktadır. Annelerin kızlarından en çok ayrıldıkları konu evlilik öncesi cinsel ilişkiler, özellikle evlilik öncesi evlenene kadar bakire kalma şartıdır. Annelerin %84,0’ı evlilik öncesi bakireliği şart koşarken, bu oran kızlarda %38,0’a düşmektedir.

2.5. İşyerinde Şiddet (Mobbing)

Şiddetin en çok görüldüğü alanlardan biri işyerleridir. Kavram temelde ‘‘yuvaların koruması amacıyla uçan kuşların saldırganın etrafında ki davranışlarını tanımlamak amacıyla kullanılan İngilizce bir terim’’ olarak açıklanmaktadır (Acar, 2008, 111-120). İlk kez 19. yüzyılda biyologlar tarafından kullanılmıştır. Mobbing kavramı iş yaşamında ilk kez, 80□li yıllarda İsveç’te yaşayan Alman çalışma psikologu Leymann tarafından kullanılmıştır. Leymann benzer işte çalışan kişilerin belli bir süre sonucunda benzer tipte saldırgan davranışlar sergilediklerini keşfetmiştir.

İş yeri şiddeti tanımlanmaya başlanmasıyla birlikte konuya ilgi de artmıştır. Konuya ilginin artması farkındalığı artırmıştır. ‘‘Günümüzde işyerlerinde yaşanan şiddet olaylarındaki çarpıcı artış, iş yerinde şiddet konusunun araştırmacılar tarafından yoğun ilgi görmesine neden olmuştur. Dünya genelinde yaygın bir problem olarak kabul edilen iş yeri şiddetinin çalışma koşulları ve iş yeri ile yakından ilişkili olduğu

belirtilmektedir”(Çamcı, 2010, 22). İş yerinde şiddet konusu hakkında artan farkındalık, konu ile ilgili çarpıcı oranlara ulaşılmasına neden olmuştur. Sorun tüm dünyayı ilgilendirmektedir.

DSÖ işyeri şiddetini “Çalışanların, işyerine gidişlerinde veya işyerinden dönerken güvenliklerine, iyi olmalarına ve sağlıklarına açık veya örtülü olarak meydan okuyan durumları içeren, kötü muamele gördüğü, tehdit edildiği saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlamaktadır.

Her sektör ve işyerinde görülen ortak sorun iş yeri şiddetidir. Bu sorunla ilgili yapılan çalışmalar hizmet sektöründe iş yeri şiddetinin daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. “Kamu hizmetlerinin ortaya çıkarıldığı, topluma bu hizmetin sunulduğu ve ilişkilerin insanlar arasında yoğun olarak yaşandığı alanlarda işyeri şiddetine çalışanların daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir” (Özen, 2007,94). İş yeri şiddetini belirten bazı oranlar bulunmaktadır. Bu oranlar şiddet olayının iş yerlerinde dikkat çekici boyutlara ulaştığını göstermektedir. “İş yeri şiddetine maruz kalma açısından sağlık çalışanları ikinci sırada yer almaktadır” (ILO, 2008). Mevcut durum iş yerlerinde şiddet konusunda iç açıcı sonuçlar elde edilmediğinin, gerekli önlemlerin acil alınması gerektiğinin göstergesidir. İş yerinde şiddet konusunun araştırıldığı bir çalışmada elde edilen veri durumu özetlemektedir.

“Yapılan çalışmalar sağlık görevlilerinin yarısından fazlasının en az bir kere fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymuştur” (Kutlu, 2006, 31). Şiddet olayının zamanla iş yeri çalışanları arasında kanıksandığını belirten çalışmalar kanıksanma nedenini karşılaşıma sıklığı olarak belirtmektedir.

İş yeri şiddeti her ne kadar literatürde geç tanımlansa da çalışma yaşamının varoluşuyla birlikte olduğu da kabul edilmektedir. “Psikolojik olarak iş yeri çalışanını iş yerinde yıldırma, İngilizce söyleniş şekliyle mobbing, çalışma yaşamının var oluşuyla birlikte yaşanmaya başlayan, insan psikolojisi nedeniyle açığa çıkarmaktan kaçınılan, adeta bilinmezden ve görmezden geline, karmaşık, çok boyutlu ve çok yönlü bir kavramdır. Mobbing kavramı akademik olarak son yıllarda birçok yönden incelenen bir konudur “(Acar, a.g.e). İş yeri şiddeti ile ilgili çalışmalar yapılmaya başladıkça konuya olan ilginin artmasında karşılaşılan şiddet oranlarının olduğu düşünülmektedir.

İş yeri şiddeti birey temelli düşünülmemeli, her yönüyle ele alınmalıdır. İş yerinde ki bireyin çalışma performansını etkileyen durumlar belirlenirse etkin sonuçlar alınabilir.

2.6. Sağlık Çalışanlarına Şiddet

Sağlıkta şiddet son yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Bu durum sadece ulusal düzeyde olmamış, uluslararası düzeyde toplumu etkilemektedir. Bu sürecin sonucu olarak birçok kurum kuruluş çalışmalar yapmıştır. “Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti ” başlıklı 'WHO, ILO ve ICN' in 2002 yılı ortak raporunda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini icra ettikleri her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. “Şiddet sağlık hizmeti sunulan kurumlarda, hasta, hasta yakınları ya da herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit etme davranışı, sözel tehdit etme, fiziksel saldırıda bulunma ve cinsel saldırı sonucu oluşan durum” olarak tanımlanır” (Saime, 2009,76). Sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet oranları toplumda yüksek oranlara çıkmıştır. İzlenen sağlık politikalarının etkisi olduğu düşünülse de şiddetin her alanda tırmandığı gerçeği toplumsal kaynaklı sorunlara işaret etmektedir.

Dünya da sağlık sektöründe ki şiddete ilişkin veriler ülkemizde ki durumun benzeri niteliğindedir. Özellikle son yıllarda şiddet hem ülkemizde hem dünyada artarak devam etmektedir. “Dünyadaki duruma baktığımızda; Amerika’da şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sayısının da % 34 artış olduğu, son beş yılda ise 73 sağlık çalışanının şiddete uğrayarak hayatını kaybettiği, İngiltere’de her yıl ortalama 65 bin sağlık çalışanının şiddet gördüğü belirtilmektedir”(Karaca,2014,25). Görüldüğü üzere şiddet dünyada da olumsuz sonuçlar doğurmaya devam etmektedir. Alınacak önlemler küresel baz da düşünülmelidir.

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) verilerine göre; Bulgaristan’da sağlık çalışanının %75’inin, Avustralya’da %67’sinin ve Portekiz’de %60’ının her yıl en az bir kere fiziki ya da ruhsal şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir. “İngiltere’de 14 yıldır “Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası yürütülmektedir. Bu kapsamda İngiltere’de hastanelere güvenlik kameraları yerleştirilmekte, giriş-çıkışlar kontrol altına alınmakta, ışıklandırma sistemleri ve bilgilendirici işaretler artırılmaktadır. Fransa’da sağlık çalışanları şiddete maruz kaldığı anda hizmetten çekilebilmekte ve iş bırakabilmektedirler. Kuzey İrlanda’da birçok klinikte panik butonu sistemi

bulunmaktadır. Belçika, Danimarka ve Fransa’da sağlık kurum ve kuruluşlarında özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın alarak koruma sağlanmaktadır ’’(Karaca, 2014, 25). Şiddet ile dünyanın bir çok ülkesi etkin mücadele etme yolunu aramaktadır. Düzenlenen şiddete karşı toplumun duyarlılığını artırmaya yönelik çalışmalar mevcuttur.

Ülkemizde 2002 yılı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlamıştır. ‘‘Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin SDP sonrasında belirgin biçimde arttığı açıktır. Verimlilik, performans ücretlendirilmesi, karlılık, rekabet gibi iktisadi olgular temelinde yönetilen sağlık sistemi tartışmalarının belirttiği piyasa eksenli oluşum bu artışın temel nedeni olarak gösterilmektedir’’ (Elbek, 2012,27-28). Sağlıkta dönüşüm programı toplumda sağlık verimliliği açısından olumlu sonuçlar doğurmuştur. Ancak sağlıkta şiddet konusu ülkemizde varlığını sağlıkta dönüşüm projesi sonrası artırmıştır.

Hizmet sektöründe iş yeri şiddetinin sık görüldüğü belirtilmektedir. Sağlık çalışanları şiddete maruz kalma açısından riskli birimlerde çalışmaktadır. ‘‘Yapılan bir çalışmada, diğer iş yerlerine göre sağlık kurumlarında çalışıyor olmanın şiddete maruz kalma yönünden 16 kat daha riskli olduğu, buna rağmen kayda geçen şiddet olayının sağlık kurumlarında oldukça nadir olduğu, bunda da şiddeti algılama, kanıksama, şiddete uğrama durumunu bildirdiğinde yaşanacak süreç gibi durumların etkili olduğu bildirilmiştir. Toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının yaygın olduğu ancak bu durumun bildirilmediği için kayıt altına alınamadığı belirtilmiştir ‘’(Aydın,2008,24). İş yeri şiddeti sağlık çalışanlarını daha da mağdur etmektedir. Şiddete neden olan davranış stres, kaygı yaşama, öfke kontrolü ile ilgilidir. Sağlık çalışanlarının olduğu ortamlar ise öfke kontrolünün zor sağlandığı stresli ortamlardan sayılmaktadır.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin çalışmalar mevcuttur. ‘‘Türkiye’de 2001-2002 yıllarında bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya katılan 1071 sağlık çalışanının şiddet türlerinden birine ya da birden daha fazlasına maruz kalma oranı %50,8 bulunmuştur. Sağlık çalışanları içinde en sık şiddete maruz kalan grup pratisyen hekimler %67,6, hemşireler %58,4, en az öğretim üyeleri %32,4 ve diğerleri %32,7 olarak bulunmuştur ‘’(Ayrancı ve ark. ,2002,99). Bir başka çalışmaya göre ise sağlık çalışanlarında şiddete uğrama oranı %69,6 olarak belirlenmiştir ‘’(Ayrancı v.d. ,2006,102). Şiddetin iş yerlerinde sağlık çalışanlarını olumsuz etkilediğini çalışma sonuçları belgelemektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet eylemlerinin nedenleri araştırılmaktadır. “Şiddet davranışının sağlık çalışanlarına yönelik artmasında ekonomik, sosyal ve politik süreçlerle birlikte sağlık sistemine ilişkin etmenlerde yer alırken, şiddeti uygulayan bireyin duygusal yaşantılarının, aktarım dinamiklerinin ve “hasta” rolüyle ilgili ruhsal ihtiyaçlarının da önemli olduğu belirtilmektedir” (Gökalp,2007,54). “Sağlık çalışanlarının, saldırgan davranışla baş etme, hastalarla iletişime geçme ve kriz anında krizi yönetebilme mevzularında tecrübe sahibi olamamaları ve mevcut eğitim düzeyinin yetersiz olması nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı ifade edilmektedir” (Ünlüsoy, 2010,65). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedenleri araştırılırken sağlık çalışanlarının yapması gerekenler de düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedenleri ülkemizde de araştırılırken çok yönlü düşünmek gerekmektedir. “Sağlık kurumlarında yaşanan organizasyonel sorunlar Türkiye’de sağlık çalışanının maruz kaldığı şiddeti tetikleyen temel etkenlerin başında gelmektedir. Aynı şekilde ilgili sağlık birimlerinde acil durumlarda ve kriz anlarında ne yapılması gerektiği yazılı belirtilmiş, sorumlular netleştirilmiş ve acil hizmet organizasyonlarında özellikle hasta yakınları üzerinden çalışma sürdürülmüştür. Mevcut sorunlara ilave sağlık sisteminde her geçen gün artan bir evrak, bilişim sektöründe gelişmeye paralel bilgisayar kullanma becerisini gerektiren kayıt ve bürokratik uygulamaların sürekli değişerek oluşturduğu karmaşa ortamı mevcuttur. Hekimlerin şiddete maruz kalma oranının zamanla orantılı artması, hekimlerin bu süreçte medyadan beklediği desteği görememesi ve hükümet tarafından yayınlanan hasta haklarıyla alakalı yasa ile hekimler hastalardan her koşulda tek sorumlu olarak ortada kalmıştır. Hükümet yasa ile kendilerini arka plana atmıştır. Hekim başına düşen hasta sayısı çözilemeyen performans sistemi ile ilgili olumsuzluklar henüz devam ederken sorunların çözümü uzak görünmektedir”(Elbek,a.g.e). Sağlık sistemi ülkemizde zaten belli başlı sorunlara sahipti. Mevcut politikalar bu durumda iyileştirmelere neden olsa da beraberinde birçok problemi de getirdi. Şiddet konusu sadece sağlık çalışanının özelde sorunu olmayıp, tüm dünyada önemli bir toplumsal hastalık boyutunu almakla birlikte, yaşanan olayların doğurduğu vahim sonuçlar dikkati sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete çekmeyi başarmıştır.

2.7. Hemşirelere Yönelik Şiddet

Sağlıkta Dönüşüm Programının ülkemizde uygulanmasıyla beraber artan şiddet olayları, sağlık alanında çalışan meslek gruplarından biri olan hemşireleri de olumsuz anlamda etkilemiştir. “Hemşirelik bireylerin fiziksel olduğu kadar duygusal gereksinimlerini de karşılaması, 24 saat bireye hizmet vermesi, hasta ve yakınıyla duygu yükü ağır iletişimler yaşaması, farklı sağlık sorunları olan hasta ve yakınlarıyla iletişim halinde olması nedeniyle şiddete uğrama açısından riskli bir meslek grubudur” (Avcı Uzun, a.g.e.). İş ortamının güvenli olması, hemşirelerin hakkıdır, reddedilemez ve temelde öncü olduğu değer kaliteli bakım verme amacına hizmet etmesidir (CNA, 1993). “Hemşirelerin güvenli bir iş ortamında hizmet verebilmelerinde sorumluluk tüm işverenlerin, resmi kurumların ve hemşirelik örgütlerindir” (Cheiner i 998, Seehan 2000, ICN 2001). Şiddet hemşirelerin iş performansını, üretkenliğini, fiziksel/psikolojik iyilik halini etkilediği, iş gücü kaybına neden olduğu için hemşireliğin en önemli sorunu haline gelmiştir.

Hemşirelerin uğradığı şiddetin boyutları somut verilerle tanımlanmaya çalışılmaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin bir yılda %95 sözel ve %80 fiziksel şiddete uğradıkları belirlenmiştir (O'Connell v.d., 2000, 602-610). “Türkiye’de hemşirelerin %64,1’inin şiddete uğradığını saptamıştır” (Altıntaş, 2006, 21) Yine yapılan başka bir çalışmada ‘hemşirelerin 2007 yılı içerisinde şiddete maruz kalma oranı % 85,9 olarak saptanmıştır’ (Gökçe,v.d., 2008, 25-28). Hemşirelik mesleğinin tarihçesi, artan eğitim düzeyi, mesleğe bilimsel çalışmaların katılımının olması beklenen olumlu havayı sağlık çalışanları içerisinde şiddet mağduru olma nedeniyle estirmemektedir.

2.8. Şiddet ve Yasalar

Şiddet suçları ile ilgili düzenlemeler Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) içinde yer almaktadır. Şahıslara karşı işlenen şiddet suçları gerek bireyi gerekse toplumu derinden yaralayan sonuçlar ortaya çıkarmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. 5237 sayılı TCK’da şiddet içeren davranışları ve cezalarını tanımlayan birçok madde mevcuttur. “Bunlar içerisinde; soykırım suçları (md.76), insanlığa karşı suçlar (md.77), kasten

öldürme suçu (md.81), intihara yönlendirme suçu (md.84), taksirle öldürme suçu (md.85), kasten yaralama suçu (md.86), kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi suçu (md.88), taksirle yaralama suçu (md.89), işkence suçu (md.94), eziyet suçu (md.96), cinsel saldırı suçu (md.102), çocukların cinsel istismarı suçu (md.103), cinsel taciz suçu (md.105), cebir suçu (md.108), hakaret suçu (md.125) sayılabilir'' (TCK, www.mevzuat.gov.tr , Erişim Tarihi;23 Mayıs 2015). Ayrıca bazı özel şiddet türleri için çıkartılmış yasal düzenlemeler de bulunmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KADIN HEMŞİRELERE UYGULANAN ŞİDDET FAKTÖRLERİ VE BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan kadın hemşirelerin şiddete uğrama sıklığını tespit etmek, demografik özelliklerin şiddete maruz kalma durumuna etkilerini belirlemek, maruz kalınan şiddet olayıyla ilgili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya sadece kadın hemşirelerin alınma nedeni; hem kadın hem sağlık çalışanı olarak görev yapan, şiddet açısından her iki özelliği açısından risk grubunda yer alan kadın hemşirelerin şiddete uğrama sıklığının diğer sağlık çalışanlarına oranla ne ölçüde olduğunu belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Önemi

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de şiddet olaylarında belirgin artış gözlenmektedir. Şiddet toplumda ki tüm bireyleri etkilemektedir. Artan şiddet olayları sağlık sektörünü de etkilemiştir. WHO, ILO ve ICN' nin 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre; sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası, mesleklerini uyguladıkları her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının literatürde dikkat çekilen özelliği; diğer şiddet türlerinden farklı olan yönü, sadece yaralanma durumunda ilgili birimlere olayın bildirilmesidir. Kadın sağlık çalışanlarının şiddete daha çok maruz kaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanları arasında yazılı ya da sözel olarak sözleşilmemiş, yaşanan şiddet olaylarının oluşturduğu şiddeti kanıksama durumu mevcuttur. Yaptığımız çalışma sağlık çalışanına uygulanan şiddet sıklığını belirlerken, hem kadın hem sağlık çalışanı olarak kadın hemşireleri temel alması açısından daha net sonuçlar ortaya koyduğu için önemlidir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 402 kadın hemşire oluşturmuştur. Hastane 1970 yılında 100 yataklı Tropikal Hastalıklar Hastanesi olarak açılmıştır. 30 Eylül 1985 yılında genel amaçlı Devlet Hastanesi'ne dönüştürülmüş 150 yataklı hastane 2000 yılına kadar bu statüde hizmet vermiştir.

1998 yılında 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi, hastane bünyesine katılmıştır. Hastane 28 Eylül 2000 tarihinden itibaren Prof. Dr. Erşan AYGÜN 'ün kurucu başhekimliğinde 'Eğitim ve Araştırma' misyonunu da üstlenerek, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Çalışma için evren içerisinde örneklem seçilmemiş olup, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 402 kadın hemşireden tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Vardiyalı çalışma, iş yoğunluğu, izinde olma, süt izni kullanma, görev nedeniyle hastanede olmama, eğitimde olma ya da çalışmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerden 207 kadın hemşireyle görüşme sağlanmış ve anket dönüşleri olmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma gönüllü olur formunda belirtilen açıklamaları okuyup çalışmaya katılmayı kabul eden 207 hemşire ile anket yapılarak toplanmış ve tanımlayıcı-açıklayıcı türde değerlendirme yapılmıştır. Araştırma verileri literatürden faydalanılarak hazırlanan ‘‘Tanımlayıcı Özellikler Formu’’ ve ‘‘Şiddet Olay Formu’’ kullanılarak anket yöntemiyle elde edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Metodu

İstatistiksel analizler için NCSS (NumberCruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Sıklık, Oran) yanısıra normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student-t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Yates Continuity Correction test, Fisher's Exact test ve Fisher –Freeman Halton test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Çalışanların şiddet ile karşılaşma sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenebilmesi için Arnetz (1998) tarafından geliştiren “Şiddet Olay Formu (The Violent Incident Form (VIF))” kullanılmıştır. Anketin içeriğinde; çalışanların şiddete maruz kalma durumu ile ilgili görüşlerine yer verilmektedir. Ankete katılanların, bugüne kadar ne sıklıkla şiddete maruz kaldığı, karşılaşılan şiddet olayının türü, kim tarafından saldırganlık veya şiddete maruz kaldığı, saldırganın cinsiyeti, olayın olduğu esnada yalnız çalışıp çalışmadığı, şiddete/saldırıya maruz kaldığı yer, olay karşısında verilen tepki ve sonucunda ne olduğu ve yapılan şiddetin/saldırının olacağını önceden hissedip hissetmediği gibi sorular yer almaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS istatistik paket programına aktarılmış, frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

3.7. Araştırma Soruları

1) Kadın hemşirelere uygulanan şiddetin meslekleriyle ilişkisi vardır; Hemşirelik mesleği zor çalışma şartlarını gerektirmektedir. Bu mesleği kadın olarak yürütmek şiddet açısından hemşirelik mesleğini riskli hale getirmektedir.

2) Kadın hemşirelere uygulanan şiddetin hastane yönetimiyle ilişkisi vardır; Kadın hemşirelere uygulanan şiddet nedeni ve sonucu ile birlikte önlemler dizisini gerektirmektedir. Bu önlemlerin zamanında alınması, sadece maddi değil manevi yaptırımlar uygulanması kadın hemşirelere uygulanan şiddeti önleme, rehabilitasyonunu sağlama açısından önemlidir.

3) Kadın hemşirelere uygulanan şiddetin çalışma koşullarıyla ilişkisi vardır; Hemşirelik mesleği hastanelerde genellikle 24 saat kesintisiz hizmet verilen birimlerde icra edilmektedir. Hasta sayısı başına düşen hemşire sayısı ortalamaların çok çok altındadır. Stres, uykusuzluk, yapılan işin değeri, fazla mesai, mobbinge maruz kalma sıklığı gibi parametreler göz önüne alındığında çalışma koşullarının hemşirelerin maruz kaldığı şiddet ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

4) Kadın hemşirelere uygulanan şiddet sıklığı diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazladır; Hastane ortamında kadın ve hemşire olan sağlık çalışanları şiddete maruz kalma açısından daha riskli grupta yer almaktadır.

5) Kadın hemşireler yaşanan şiddet olayından kendilerini sorumlu hissetmemektedir; Kadın hemşirelerin yaşadığı şiddet olayı sonucu kendilerini sorumlu hissetmedikleri düşünülmektedir. Şiddet kabul edilemez davranış olduğundan kadın hemşirelerde şiddet olayına odaklanmakta olup, nedenleriyle ilgili davranışları sorumluluk duygusuyla kontrol etmemektedirler.

6) Kadın hemşireler yaşanan şiddet olayı sonucu kendilerini suçlu hissetmemektedir; Şiddet kabul edilemez bir davranış olduğundan şiddete maruziyet söz konusu olduğunda olayın sonucuna odaklanılmaktadır. Bu nedenle olay sonucu şiddeti doğuran neden üzerinde düşünülmemektedir.

7) Şiddet olayını gerçekleştiren saldırgan genelde erkektir; Cinsiyet rolü şiddeti etkilemektedir. Kadın toplumumuzda şiddete maruz kalan konumda, erkek ise saldırgan durumundadır. Kadın hemşirelerin hastane ortamında erkekler tarafından şiddet gördüğü düşünülmektedir.

8) Şiddet olayını gerçekleştiren saldırgan genelde hasta yakını pozisyonundadır; Hasta yanında refakatçi kalan birey hastasının durumuna ilişkin her türlü olaya şahitlik etmektedir. Bazı durumlar hastane şartları, hastane çalışanlarının şartları, hastanın mevcut sağlık durumu gibi kimi zaman hasta yakınının öngördüğü müdahalelere olanak sağlamayabilmektedir. Bu durumda şiddete başvuran kişi olaylara tanıklık eden kişi olarak hasta yakını olmaktadır.

9) Kadın hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça şiddete uğrama sıklığı artmaktadır; Kadın hemşireler meslekte ne kadar uzun süre görev yaparlarsa o kadar çok şiddete maruz kalmaktadır.

10) Yaşanan şiddet olayları yüksek oranda polise bildirilmemektedir; şiddete maruz kalan sağlık çalışanı polise başvurmamaktadır. Beyaz kod uygulaması mevcuttur. Acil durumlarda güvenliğin sağlanması için beyaz kod başvurusu yapılmakta ancak olay kayıt altına alınmak, resmiyete dökölmek istenildiğinde şiddet olayının kanıksanması, çok sık yaşanır olması, uzun bürokratik işlemler gibi nedenlerle polise bildirilmemektedir.

3.8. Bulgular ve Yorum

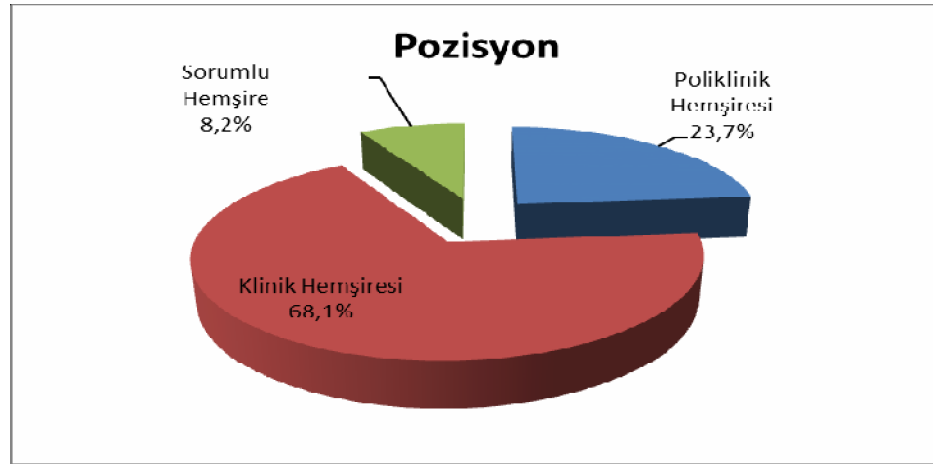
Çalışma 01.02.2015 /01.05.2015 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde toplam 207 hemşire ile gerçekleştirilmiş olup şiddete maruz kalan hemşire sayısı 160 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin yaşları 19 yıl ile 52 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $32,56 \pm 7,65$ yıl olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Personeli Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş		19 - 52	32,56±7,65
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)		2 ay - 33 yıl	11.15±8,61
Birimde Çalışma Süresi (yıl)		1 ay - 25 yıl	5.10±6,07
Haftalık Fazla Çalışma Saati		3 - 56	44,80±7,58
		n	%
Medeni durum	Bekâr	93	44,9
	Evli	114	55,1
Eğitim	Lise	29	14,0
	Ön lisans	51	24,6
	Lisans	97	46,9
	Lisansüstü	30	14,5
Birimi	Dâhili Birimler	74	35,7
	Cerrahi Birimler	94	45,4
	Yoğun Bakım Üniteleri	38	18,4
	Acil Servis	1	0,5
Pozisyon	Poliklinik Hemşiresi	49	23,7
	Klinik Hemşiresi	141	68,1
	Sorumlu Hemşire	17	8,2

Tablo 2'ye bakıldığında; çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu; lise %14 (n=29) oranında, ön lisans %24,6 (n=51) oranında, lisans %46,9 (n=97) oranında ve lisansüstü %14,5 (n=30) oranında gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin genelinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birim; dâhili birimler %35,7 (n=74) oranında, cerrahi birimler %45,4 (n=94) oranında, yoğun bakım üniteleri %18,4 (n=38) oranında ve acil servis %0,5 (n=1) oranında gözlemlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarih aralığında hastane acil servisi yaşanan iş yoğunluğu nedeniyle anketleri cevaplamayı reddetmiş, acil servis sorumlu hemşiresi sadece verilen anketi doldurmuştur. Ankete dönüş yapan hemşireler genelde dâhili ve cerrahi birimlerde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin evli ve bekâr olma oranı neredeyse birbirine denktir. Çalışmaya katılan hemşireler yüksek oranda kliniklerde görev yapmaktadır (Tablo 2).



Şekil 1: Hemşirelerin Çalıştığı Pozisyonlar

Şekil 1 incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin yüksek oranda (%68,1) klinik hemşiresi olduğu belirlenmiştir. Klinik hemşiresi 24 saat çalışma esasına göre görev yapmakta olup, çalıştığı birim hemşirelikte uzmanlık alanına göre görev yeri belirlenmediğinden, ihtiyaçlar ve eğitim durumu birlikte göz önünde bulundurulduğundan eğitim durumuna göre farklı olabilmektedir.

Tablo 3: Saldırıcı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

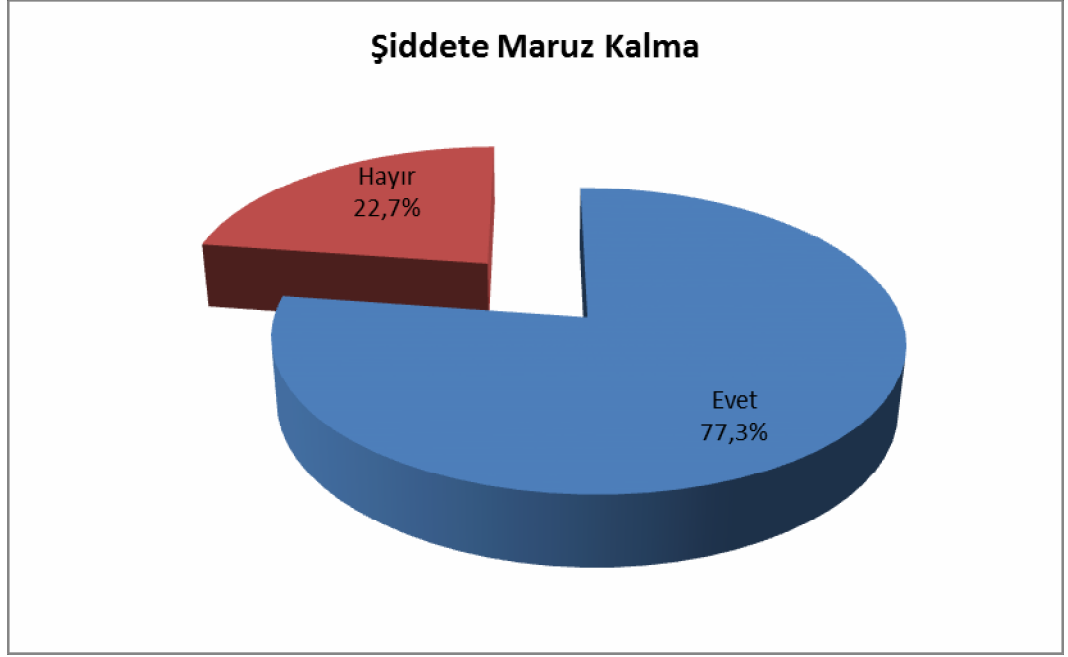
		n	%
Şiddete Maruz Kalma	Evet	160	77,3
	Hayır	47	22,7
*Şiddet Uygulaması Kim Tarafından (n=160)	Hasta	66	41,3
	Hasta Yakını	114	71,3
	Sağlık Personeli	20	12,5
	Diğer	1	0,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir (her bir şiddet uygulayan için oranlar 160 olguya göre hesaplanmıştır)

Tablo 3' göre; çalışmaya katılan hemşirelerin %41,3'ü (n=66) hasta tarafından, %71,3'ü (n=114) hasta yakını tarafından, %12,5'i (n=20) sağlık personeli tarafından ve %0,6'sı (n=1) diğer kişi tarafından şiddete maruz kalmıştır. Çalışmaya katılan hemşireler %77,3 oranında şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddet uygulayan kişinin yüksek oranda hasta yakını olduğu, ikinci sırada hastanın yer aldığı dikkati

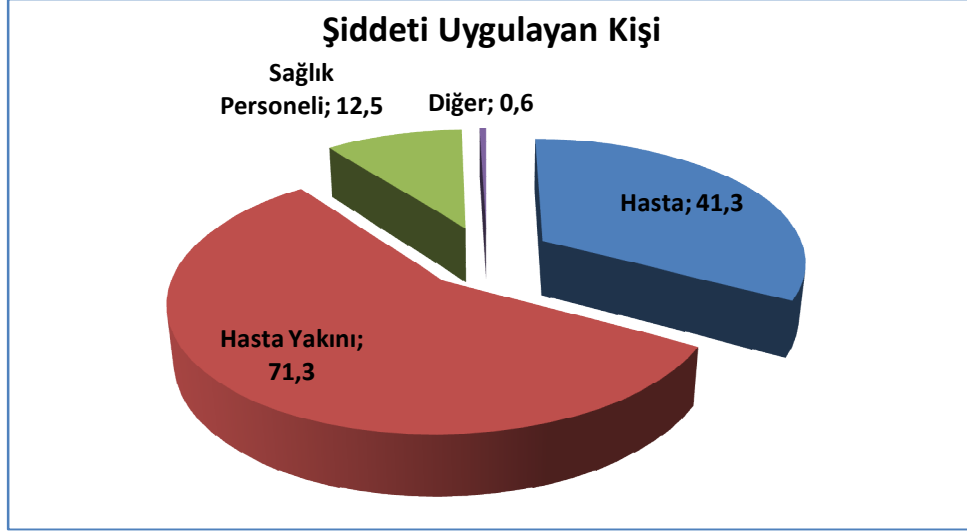
çekmektedir. Hemşirelerin kendilerine şiddet uygulayan saldırganın saldırısına neden olabileceği düşünülen etkenlerle ilgili bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Saldırganın Alkol ya da uyuşturucu madde kullanması veya akıl hastalığı olması düşük oranlarda işaretlenmiştir.

Saldırıya maruz kalan 160 olgunun saldırıya ilişkin diğer görüşleri Tablo 3’de görülmektedir.



Şekil 2: Şiddete Maruz Kalma Durumu

Şekil 2’ye göre; çalışmaya katılan hemşirelerin %77,3 oranında kişisi çalışmada kullanılan anket formundaki şiddet türleri ifadelerinden en az birini işaretlemiş, şiddete uğradığını belirtmiştir. Sayısal olarak bu değer 160 kişiyi ifade etmektedir. Şiddete uğradığını belirten hemşire sayının oldukça yüksek olması dikkat çekmektedir.



Şekil 3: Şiddeti Uygulayan Kişi

Hastane ortamında çalışan hemşirelere şiddet uygulayan saldırgan çalışmaya katılan hemşireler tarafından %71,3 oranında hasta yakını, %41,3 oranında hasta olarak tanımlanırken, %12,5 oranında kadın hemşireler sağlık personellerinden de şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Yani hemşirelere şiddet uygulayan kişi çoğunlukla hasta yakınıdır (Şekil 3).

Tablo 4: Saldırı Nedenine İlişkin Öngörülerin Dağılımı

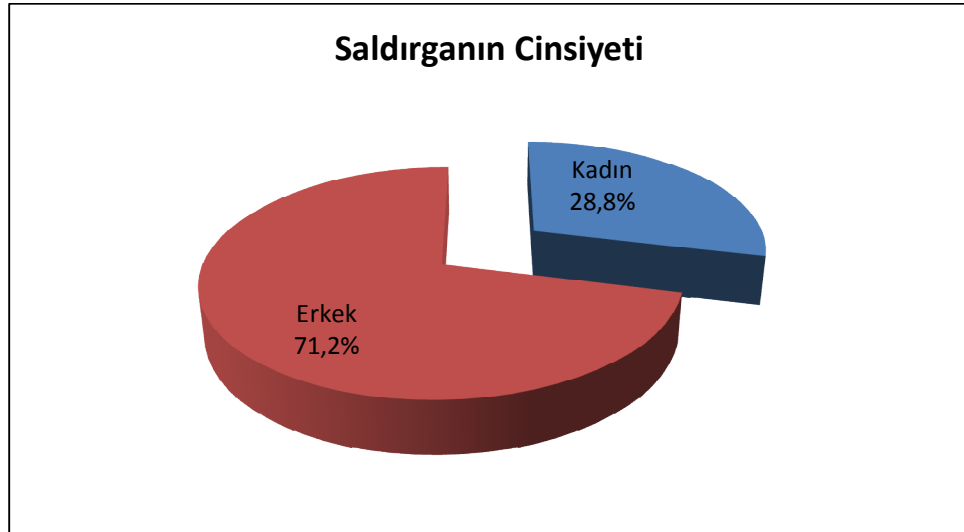
		n	%
	Akıl Hastalığı	14	8,7
Kişinin Saldırıda	Zihinsel Engelli/ Demans Olması	3	1,9
Bulunmasındaki	Alkol ya da Uyuşturucu Madde	22	13,8
Neden Konusundaki	Kullanması		
Öngörünüz (n=160)	Kullandığı İlaçların Etkisinde Olması	4	2,5
	Bilmiyorum	117	73,1

Tablo 4 incelendiğinde; saldırıya uğrayan kişilerden % 8,7 (n=14) neden konusunda saldırganın akıl hastası olduğunu öngörürken; % 1,9'u (n=3) zihinsel engelli/demans hastası; %13,8'i (n=22) alkol ve uyuşturucu madde kullanımına bağlı durumlar ve %2,5 (n=4) kullanılan ilaçların etkisinde olma durumlarını öngörmektedirler. Olguların % 73,1 (n=117) bu konuda fikir sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5: Saldıranı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Saldırmanın Cinsiyeti	Kadın	46	28,8
	Erkek	114	71,2
Saldırmanın Yaşı	18 yaş altı	3	1,9
	19-30	41	25,6
	31-50	97	60,6
	51-65	16	10,0
	65 yaş üstü	3	1,9

Saldırana ait özelliklerin dağılımı Tablo 5’de görülmektedir. Saldırgan cinsiyeti literatürde yapılan çalışmaları da destekler nitelikte bir oranda (%71,2) erkek olarak belirlenmiştir. Saldırmanın yaşı genelde genç (19-30) ve erişkin aralıkta (31-50) olmuştur.



Şekil 4: Saldırmanın Cinsiyeti

Şekil 4’e göre; saldırı cinsiyeti literatürü destekler nitelikte yüksek oranda erkek olarak tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalma oranları, şiddeti uygulayan kişi gibi faktörler göz önüne alındığında yapılan çalışmalarda benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Saldırgan yüzde 71,2 oranında erkektir. İfade edilen değer 160 kişi

içerisinde 114 kişinin yanıtının saldırganın cinsiyetinin erkek olarak belirttiğini göstermektedir.

Tablo 6: Saldırıya Maruz Kalınan Yer Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Saldırıya Maruz Kalınan Yer	Bekleme Odası	5	3,1
	Acil Servis	16	10,0
	Lavabo / Banyo	1	0,6
	Muayene Odası	21	13,1
	Koridor	78	48,8
	Diğer	39	24,4

Tablo 6 incelendiğinde; saldırı yüksek oranda koridorda gerçekleşmiştir. Hastanelerin fiziki koşulları göz önüne alındığında saldırının koridorda gerçekleşmesi saldırgan ve hemşirenin saldırı anında yalnız olmadığını düşündürülebilir. Nitekim Tablo 6'de belirtilen saldırı esnasında hemşirenin yalnız olup olmadığı sorusu yüksek oranda yalnız olmadığı yönünde yanıtlanmıştır.

Tablo 7: Saldırıyı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Olay Öncesi Faaliyet	Muayene/ Tedavi/ Fiziksel Bakım	70	43,7
	Hasta Transferi/ Hasta Kaldırma/ Fiziksel Yardım	17	10,6
	Konuşma	44	27,5
	Hasta Taleplerini Dinlerken	22	13,8
	Etkinlik Yok	2	1,3
	Diğer	5	3,1

Tablo 7'ye göre; olay öncesinde hemşirelerin %43,7'si Muayene/ Tedavi/ Fiziksel Bakım yaptıklarını; %27,5'i konuşma yaptıklarını; %13,8'i Hasta Taleplerini Dinlerken ve %10,6'sı Hasta Transferi/ Hasta Kaldırma/ Fiziksel Yardım sırasında olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin olay öncesinde faaliyetlerinin ne olduğu yönünde ki yanıtları şiddete uğradıkları esnada şiddet gördükleri kişilerle ilgili işlerle

ilgilendiklerini ortaya koymuştur. Hiçbir etkinlikte bulunmadığı esnada saldırıya maruz kalan hemşire sayısı 2'dir. Hemşireler en yüksek oranda Muayene/Fiziksel Bakım/Tedavi işlemleri esnasında şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 8: Olay Zamanı Özellikleri Dağılımı

(n=160)		n	%
Olayın Meydana Gelme Zamanı	Hasta Kabul İşlemleri Sırasında	18	11,2
	Muayene/Tedavi Esnasında	45	28,1
	Muayene ve Tedavi Bitiminde	46	28,8
	Hasta Taşıma Sırasında	5	3,1
	Diğer	46	28,8

Tablo 8'e göre; olayın meydana gelme zamanı hasta kabul işlemleri sırasında %11,2 (n=18) oranında, muayene ve tedavi esnasında %28,1 (n=45) oranında, muayene ve tedavi bitiminde % 28,8 (n=46) oranında, hasta taşıma sırasında %3,1 (n=5) oranında ve diğer %28,8 (n=46) oranında gerçekleşmiştir.

Saldırının gerçekleştiği zamana ilişkin detaylar hemşirenin en yüksek oranda muayene ve tedavi bitiminde saldırı ile karşılaştığını belirtmektedir. Sağlıkta şiddet teorileri yorumlanırken hasta ve hasta yakını beklentilerinin karşılanmamasının hastane ortamında ki şiddetin nedeni olabileceği belirtilmiştir. Muayene ve tedavi bitimi saldırı bu beklentilerin karşılanmadığını düşündürmektedir (Tablo 8).

Tablo 9: Saldırı Olacağını Önceden Hissetme Durumuna Göre Dağılım

(n=160)		n	%
Saldırı Olacağını Önceden Hissetme Durumu	Evet	41	25,6
	Hayır	119	74,4

Saldırı olacağını önceden hisseden %25,6 (n=41) oranında hemşire görülürken; hissetmediğini belirten % 74,4 (n=119) hemşire mevcuttur (Tablo 9).

Tablo 10: Olayın Olduğu Esnada Yalnız Çalışma Durumuna Göre Dağılım

(n=160)		n	%
Olayın Olduğu Esnada Tek Başına Olma Durumu	Evet	60	37,5
	Hayır	100	62,5

Tablo 10 incelendiğinde; hemşirelerden %37,5 (n=60) olayın olduğu esnada yalnız çalıştıklarını belirtmişler, %62,5 (n=100) hemşire ise yanlarında birisi olduğunu ifade etmişlerdir.

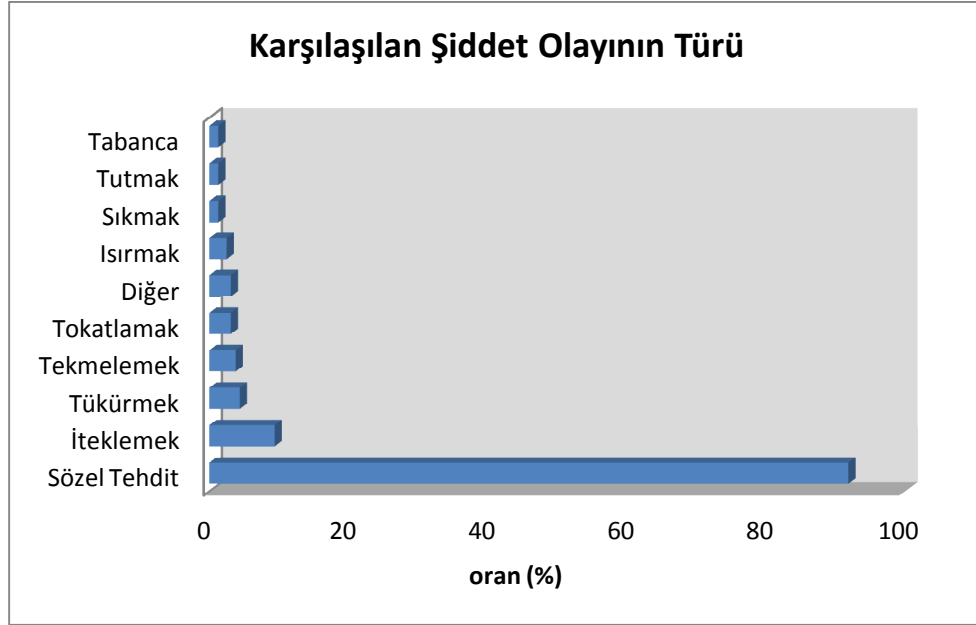
Tablo 11: Karşılaşılan Şiddet Olayının Türlerine Göre Dağılımı

(n=160)		n	%
*Karşılaşılan Şiddet	Sözel Tehdit/Saldırganlık	147	91,9
Olayının Türü	Tükürmek	7	4,4
	Isırmak	4	2,5
	Tekmelemek	6	3,8
	Sıkmak	2	1,3
	Tokatlamak	5	3,1
	İtekmek	15	9,4
	Tutmak	2	1,3
	Tabanca	2	1,3
	Diğer	5	3,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir (her bir şiddet türü için oranlar 160 olguya göre hesaplanmıştır)

Şiddet olayının en çok karşılaşılan türü sözel tehdit ve saldırganlık olarak %91,9 (n=147) oranında saptanmıştır. Birden fazla işaretleme yapıldığından sözel tehdit/saldırganlık oranında ki yükseklik beraberinde diğer şiddet olaylarına maruz

kalındığını da düşündürmektedir. Hemşirelerin yaşadıkları şiddet olayı sonucu polise başvurmada ki oranın düşüklüğüne karşın, %91,9 oranında sözel tehdit ve saldırganlığa maruz kaldığını ifade etmesi bu durumun artık hastane ortamında sağlık çalışanları açısından kanıksandığını düşündürmektedir (Tablo 11).



Şekil 5: Karşılaşılan Şiddet Olayının Türü

Karşılaşılan şiddet olayının türü en fazla sözel tehdit ve saldırganlık olarak belirlenmiştir. Şekil 5’de görüldüğü üzere sağlık çalışanları az sayıda ya da çok sayıda her türlü şiddet olayına maruz kalmış görünmektedir.

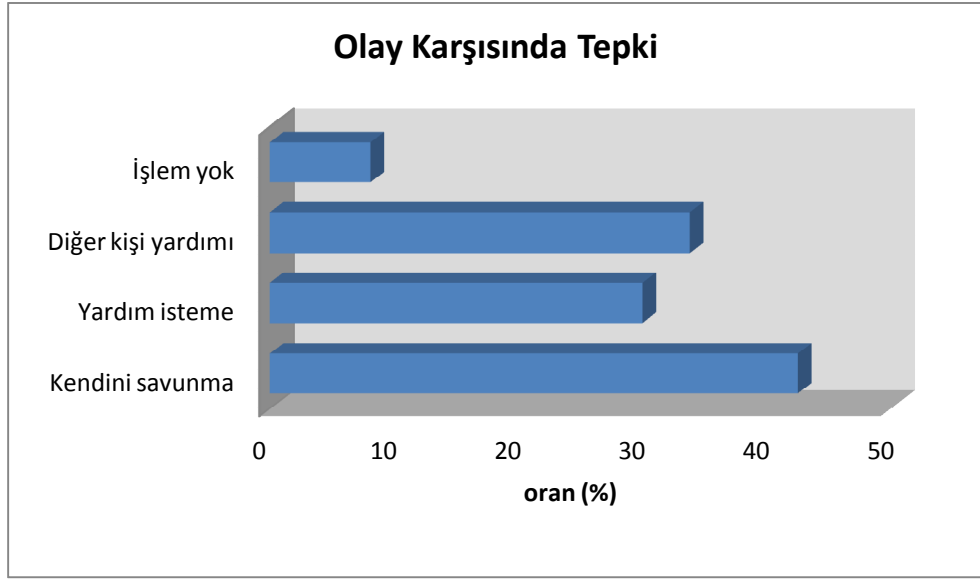
Tablo 12: Karşılaşılan Şiddet Olayına Verilen Tepki Durumuna Göre Dağılım

(n=160)		n	%
* Olay Karşısında Tepki	Kendini Savunma	68	42,5
	Yardım İsteme	48	30,0
	Diğer Kişi Yardımı	54	33,8
	İşlem Yok	13	8,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir (her bir tepki için oranlar 160 olguya göre hesaplanmıştır)

Tablo 12’ye bakıldığında; olay karşısında verilen tepki; kendini savunma %42,5 (n=68), yardım isteme %30,0 (n=47), diğer kişi tarafından yardım %33,8 (n=54)

oranında görülürken; tepki vermeme %8,1 (n=13) oranında görülmektedir. Verilen tepkilerin oranları birbirine yakın bulunmuştur.



Şekil 6: Şiddet Olayı Karşısında Gösterilen Tepki

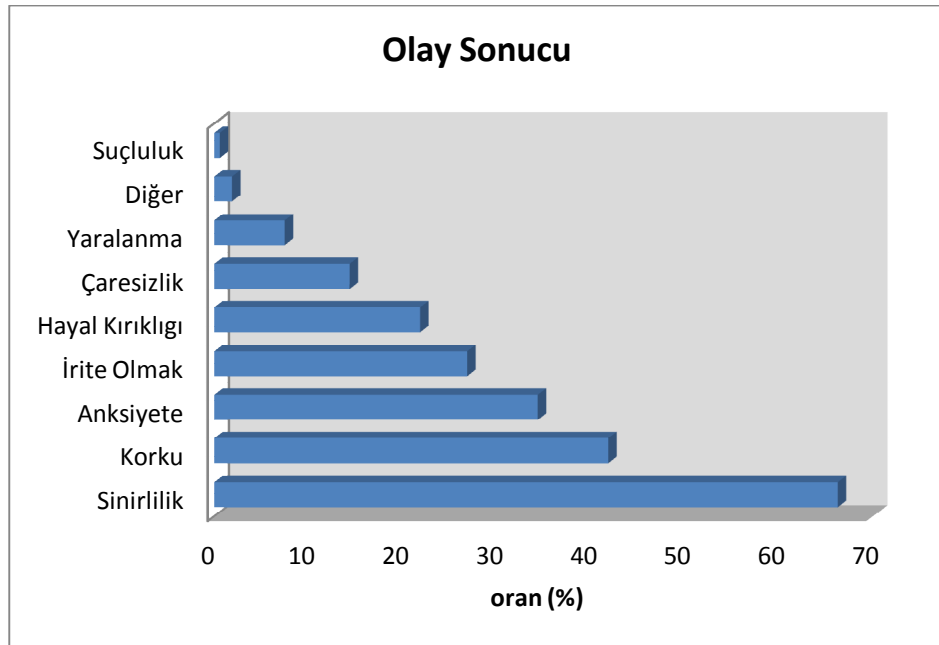
Şekil 6'ya göre; şiddet olayı karşısında Kendini Savunma, Yardım İsteme, Diğer Kişilerin Yardıma Gelmesi gibi durumlar yaklaşık oranlarda görünmektedir. Şekil 6'da dikkat çekici olan yaşanan şiddet olayı sonucunda hiçbir işleme başvurmamış olan kişilerin varlığıdır (Şekil 6).

Tablo 13: Şiddet Olayının Sonucuna Göre Dağılım

(n=160)		n	%
* Olay Sonucu	Yaralanma	12	7,5
	Anksiyete	55	34,4
	Korku	67	41,9
	Sinirlilik	106	66,3
	Suçluluk	1	0,6
	İrite Olmak	43	26,9
	Çaresizlik	23	14,4
	Hayal Kırıklığı	35	21,9
	Diğer	3	1,9

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir (her bir olay için oranlar 160 olguya göre hesaplanmıştır)*

Tablo 13 incelendiğinde; olay sonucu yaşandığı ifade edilen duygu durum en yüksek oranda sinirlilik daha sonra korku, anksiyete ve irrite olmak şeklinde gelmektedir. Olay sonucu yaşanan duygu ifadelerinden biri olan suçluluk sadece bir kişi tarafından işaretlenmiştir. Hemşireler yaşadıkları şiddet olaylarında kendilerini sorumlu hissetmemektedir sonucunu düşündürmektedir.



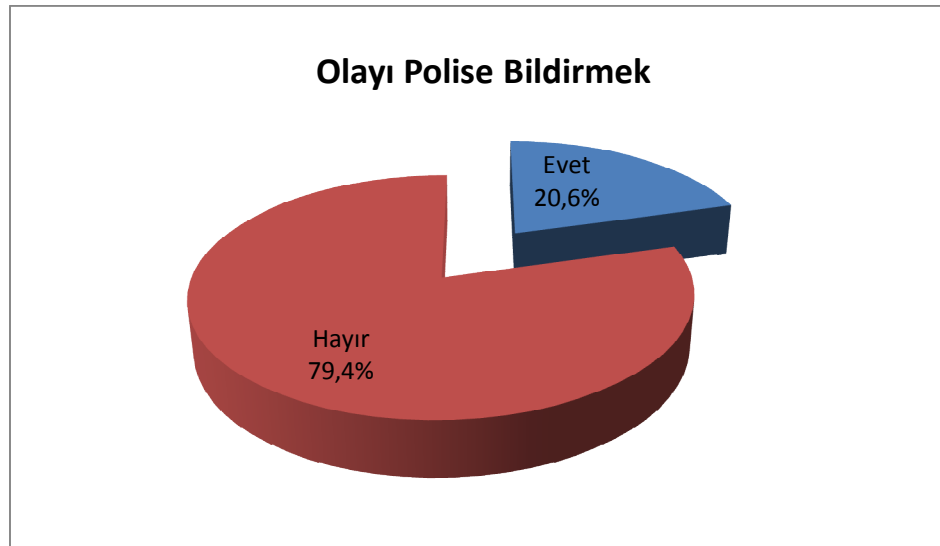
Şekil 7: Olay Sonucu Yaşandığı İfade Edilen Durum

Olay sonucu yaşandığı belirtilen duygular içerisinde ilk sırayı sinirlilik almaktadır. Ardından korku ve anksiyete gelmektedir. Hayal kırıklığı yaşadığını ifade eden kişilerin oranı %21,9 olarak belirlenmiştir. Dikkat çekici bir başka duygu ifadesi çaresizliği ise %14,4 oranında kişi yaşadığını ifade etmiştir. Bu duygu ifadeleri yaşanan şiddet olayının kadın hemşireler arasında oluşturduğu olumsuzluğu anlatmaktadır (Şekil 7).

Tablo 14: Olay Sonucunun Polise Bildirim Durumuna Göre Dağılımı

(n=160)		n	%
Olay Polise Bildirildi	Evet	33	20,6
	Hayır	127	79,4

Tablo 14'e göre; saldırıya uğrayanların olayı polise bildirme %20,6 (n=33) oranında saptanmıştır. Şiddete maruz kaldığını ifade etme oranı %77,2 iken, yaşanan şiddet olayını polise bildirenlerin oranı %20,6 olduğu görülmektedir. Bu sonuç sağlık çalışanları arasında şiddetin kanıksandığı gerçeğini destekler niteliktedir. Bunun nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.



Şekil 8: Olayı Polise Bildirme Durumu

Yaşanan şiddet olayı literatür de de karşılaşıldığı haliyle, bu çalışmada da yüksek oranda polise bildirilmemiştir. Nedenleri tartışılması gereken bir durumdur. Üstelik sadece şiddete uğradığını ifade eden kişiler toplumda kanıksanan şiddet türü olan sözel şiddete uğradığını değil, şiddetin her türüne maruz kaldığını belirtmiştir. Uğranıldığı ifade edilen şiddet olayı türü kişide yaralanmalara dahi neden olabilecek nitelikte olmasına karşın sonuç değişmemiş, olay güvenlik kurumlarına yansımamıştır (Şekil 8).

Tablo 15: Şiddete Maruz Kalma Olayının Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Şiddete maruz kalma		p
		Evet (n=160)	Hayır (n=47)	
Yaş;	Ort±SD	33,08±7,74	30,79±7,16	^a 0,071
Eğitim	Lise	25 (86,2)	4 (13,8)	^b 0,205
	Önlisans	43 (84,3)	8 (15,7)	
	Lisans	71 (73,2)	26 (26,8)	
	Lisansüstü	21 (70,0)	9 (30,0)	
Medeni	Evli	93 (81,6)	21 (18,4)	^c 0,144
Durum	Bekâr	67 (72,0)	26 (28,0)	
Meslekte Çalışma Süresi		11,81±8,64	8,94±8,23 (8)	^d 0,037*
(yıl);Ort±SD (Medyan)		(10)		
Birimde Çalışma Süresi		5,29±6,15 (2)	4,47±5,84 (2)	^d 0,637
(Ay);Ort±SD (Medyan)				
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD		44,69±7,18	45,17±8,89	^d 0,418
(Medyan)		(40)	(48)	
Pozisyon	Poliklinik Hemşiresi	42 (85,7)	7 (14,3)	^c 0,213
	Klinik Hemşiresi	104 (73,8)	37 (26,2)	
	Sorumlu Hemşire	14 (82,4)	3 (17,6)	

^aStudent-t Test

^bPearson Ki-Kare

^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 15 incelendiğinde; şiddete maruz kalan hemşirelerin yaş ortalaması, şiddete maruz kalmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,071$; $p>0,05$). Yaşı daha büyük olan hemşirelerin daha uzun yıllar çalıştığı düşünülebilir. Şiddete maruz kalma oranının yüksekliğinin bu durumdan kaynaklandığı söylenebilir.

Tablo 15'e göre; çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarının dağılımları şiddete maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 15'e göre; çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarının dağılımları şiddete maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 15'e göre; şiddete maruz kalan hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri, şiddete maruz kalmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,037$; $p<0,05$). Bu durum yaşı büyük olan hemşirelerin meslekte daha uzun yıllar çalışmış olabileceğini, böylece şiddete maruz kalma oranını artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin birimdeki çalışma süreleri, şiddete maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma süreleri, şiddete maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları pozisyonların dağılımı, şiddete maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Saldırıyı Önceden Hissetme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Saldırıyı Önceden Hissetme		p
		Evet (n=41)	Hayır (n=119)	
Yaş; Ort±SD		32,05±7,41	33,44±7,84	^a 0,323
Eğitim	Lise	2 (8,0)	23 (92,0)	^b 0,067
	Ön lisans	9 (20,9)	34 (79,1)	
	Lisans	24 (33,8)	47 (66,2)	
	Lisansüstü	6 (28,6)	15 (71,4)	
Medeni Durum	Evli	25 (26,9)	68 (73,1)	^c 0,806
	Bekâr	16 (23,9)	51 (76,1)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl); Ort±SD (Medyan)		10,38±8,15 (7)	12,30±8,77 (10)	^d 0,196
Birimde Çalışma Süresi (Ay); Ort±SD (Medyan)		4,62±5,26 (3)	5,52±6,43 (2)	^d 0,882
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		46,17±6,57 (48)	44,18±7,33 (40)	^d 0,188
Pozisyon	Poliklinik Hemşiresi	7 (16,7)	35 (83,3)	^e 0,236
	Klinik Hemşiresi	29 (27,9)	75 (72,1)	
	Sorumlu Hemşire	5 (35,7)	9 (64,3)	
^a Student-t Test		^b Pearson Ki-Kare		^c Yates Continuity Correction Test
^d Mann Whitney U test		^e Fisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)		
*p<0,05		**p<0,01		

Tablo 16'ya bakıldığında; saldırıyı önceden hissetme durumu ile hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 16).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu ile saldırıyı önceden hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 16).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumu ile saldırıyı önceden hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 16).

Saldırıyı önceden hissetme durumu ile hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Saldırıyı önceden hissetme durumu ile hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Saldırıyı önceden hissetme durumu ile hemşirelerin haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı pozisyona göre, saldırıyı önceden hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Saldırı Anında Yalnız Olma Durumuna Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Saldırı Anında Yalnız Olma		P
		Evet (n=41)	Hayır (n=119)	
Yaş; Ort±SD		33,47±7,40	32,85±7,96	^a 0,627
Eğitim	Lise	7 (28,0)	18 (72,0)	^b 0,724
	Önlisans	18 (41,9)	25 (58,1)	
	Lisans	27 (38,0)	44 (62,0)	
	Lisansüstü	8 (38,1)	13 (61,9)	
Medeni Durum	Evli	37 (39,8)	56 (60,2)	^c 0,591
	Bekâr	23 (34,3)	44 (65,7)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl); Ort±SD (Medyan)		12,10±8,17 (10)	11,63±8,94 (10)	^d 0,648
Birimde Çalışma Süresi (Ay); Ort±SD (Medyan)		4,92±5,86 (2)	5,52±6,34 (2,25)	^d 0,591
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		41,93±7,70 (40)	46,34±6,33 (48)	^d 0,001**
Pozisyon	Poliklinik Hemşiresi	18 (42,9)	24 (57,1)	^b 0,358
	Klinik Hemşiresi	39 (37,5)	65 (62,5)	
	Sorumlu Hemşire	3 (21,4)	11 (78,6)	

^aStudent-t Test

^bPearson Ki-Kare

^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 17 incelendiğinde; saldırı anında yalnız olma durumuna göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre, saldırı anında yalnız olma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre, saldırı anında yalnız olma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Saldırı anında yalnız olma durumuna göre hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Saldırı anında yalnız olma durumuna göre hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Saldırı anında yalnız olan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri, saldırı anında yalnız olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu durum herhangi bir nedenle ilişkilendirilememiştir (Tablo 17).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı pozisyona göre, saldırı anında yalnız olma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18: Saldırı Anında Kendini Savunma Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Olay anında kendini savunma		p
		Evet (n=68)	Hayır (n=92)	
Yaş; Ort±SD		30,80±6,46	34,76±8,19	^a 0,001**
Eğitim	Lise	3 (12,0)	22 (88,0)	^b 0,001**
	Ön lisans	16 (37,2)	27 (62,8)	
	Lisans	35 (49,3)	36 (50,7)	
	Lisansüstü	14 (66,7)	7 (33,3)	
Medeni Durum	Evli	38 (40,9)	55 (59,1)	^b 0,621
	Bekar	30 (44,8)	37 (55,2)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl); Ort±SD (Medyan)		9,19±7,87 (13)	13,74±8,70 (13)	^d 0,001**
Birimde Çalışma Süresi (Ay); Ort±SD (Medyan)		3,94±5,27 (1,5)	6,28±6,58 (3)	^d 0,020*
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		46,14±5,99 (48)	43,60±7,79 (40)	^d 0,022*
Pozisyon	Poliklinik Hemşiresi	7 (16,7)	35 (83,3)	^b 0,001**
	Klinik Hemşiresi	55 (52,9)	49 (47,1)	
	Sorumlu Hemşire	6 (42,9)	8 (57,1)	

^aStudent-t Test

^bPearson Ki-Kare

^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 18 incelendiğinde; olay anında kendini savunma durumuna göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Kendini savunan hemşirelerin daha genç yaşta olduğu görülmektedir. Bu sonuç sağlık çalışanları arasında şiddet kanıksanmaya başladıkça verilen tepkilerin şeklinin değiştiğini bize düşündürmektedir. Şiddete daha az maruz kalan hemşirelerin kendini savunduğu, daha uzun yıllar çalıştığı düşünülen şiddete daha çok maruz kalmış hemşirelerin ise kendini daha az savunduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 18'e göre; çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre, olay anında kendini savunma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kendini savunan hemşirelerin eğitim düzeyi savunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Hemşirelik mesleği eğitim düzeyleri nedeniyle farklılıklar içermektedir. Şiddete maruz kalma durumunda kendini savunma eğitiminin önemini sadece bir bakımdan da olsa açıklamaktadır.

Tablo 18'e göre; çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre, olay anında kendini savunma durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18'e göre; olay anında kendini savunan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalaması, savunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Bu durum, yaşı küçük, eğitim düzeyi yüksek ve meslekte çalışma yılı az olan hemşirelerin şiddete maruz kaldıklarında kendilerini savunma yolunu tercih ettiklerini göstermektedir.

Olay anında kendini savunan hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin ortalaması, savunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 18).

Olay anında kendini savunan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri, kendini savunan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı pozisyona göre, saldırı anında kendini savunma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Klinik hemşiresinin kendini savunma oranı anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 18).

Tablo 19: Saldırı Anında Yardım İsteme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Yardım İsteme		p
		Evet (n=48)	Hayır (n=112)	
Yaş; Ort±SD		34,93±7,14	32,26±7,89	^a 0,047*
Eğitim	Lise	9 (36,0)	16 (64,0)	^b 0,905
	Önlisans	13 (30,2)	30 (69,8)	
	Lisans	20 (28,2)	51 (71,8)	
	Lisansüstü	6 (28,6)	15 (71,7)	
Medeni Durum	Evli	37 (39,8)	56 (60,2)	^b 0,001**
	Bekâr	11 (16,4)	56 (83,6)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl);Ort±SD (Medyan)		13,77±7,99 (12,5)	10,96±8,79 (9)	^d 0,037*
Birimde Çalışma Süresi (Ay);Ort±SD (Medyan)		5,57±5,80 (3)	5,18±6,31 (2)	^d 0,290
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		42,41±8,55 (40)	45,66±6,29 (45)	^d 0,044*
Pozisyon	Poliklinik	16 (38,1)	26 (61,9)	^b 0,364
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	29 (27,9)	75 (72,1)	
	Sorumlu Hemşire	3 (21,4)	11 (78,6)	

^aStudent-t Test

^bPearson Ki-Kare

^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 19 incelendiğinde; olay anında yardım isteme durumuna göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Yardım isteyen hemşirelerin yaşlarının daha büyük olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre, olay anında yardım isteme durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 19).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre, olay anında yardım isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olanlarda yardım isteme oranı daha yüksektir (Tablo 19).

Olay anında yardım isteyen hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalaması, istemeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 19).

Olay anında yardım isteyen hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Olay anında yardım isteyen hemşirelerin haftalık çalışma saatleri, istemeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 19).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı pozisyona göre, saldırı anında yardım isteme durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20: Olay Anında Diğer Kişilerden Yardım İsteme Durumunun Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Diğer Kişilerden yardım isteme		p
		Evet (n=54)	Hayır (n=106)	
Yaş; Ort±SD		35,07±8,42	32,06±7,19	^a 0,158
Eğitim	Lise	16 (64,0)	9 (36,0)	^d 0,005**
	Ön lisans	14 (32,6)	29 (67,4)	
	Lisans	19 (26,8)	52 (73,2)	
	Lisansüstü	5 (23,8)	16 (76,2)	
Medeni Durum	Evli	33 (35,5)	60 (64,5)	^b 0,585
	Bekâr	21 (31,3)	46 (68,7)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl); Ort±SD (Medyan)		14,08±8,84 (14)	10,65±8,33 (8)	^d 0,018*
Birimde Çalışma Süresi (Ay); Ort±SD (Medyan)		6,81±6,74 (3)	4,51±5,70 (2)	^d 0,037*
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		42,98±8,92 (40)	45,55±5,95 (48)	^d 0,054
Pozisyon	Poliklinik	24 (57,1)	18 (42,9)	^d 0,001**
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	23 (22,1)	81 (77,9)	
	Sorumlu Hemşire	7 (50,0)	7 (50,0)	

^aStudent-t Test ^bPearson Ki-Kare ^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 20 incelendiğinde; olay anında diğer kişilerden yardım isteme durumuna göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre, olay anında diğer kişilerden yardım isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$). Diğer kişilerden yardım isteyenlerin eğitim düzeyi istemeyenlerden anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 20).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre, olay anında diğer kişilerden yardım isteme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Olay anında diğer kişilerden yardım isteyen hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalaması, istemeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Olay anında diğer kişilerden yardım isteyen hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin ortalaması, yardım istemeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Olay anında diğer kişilerden yardım isteme durumu ile hemşirelerin haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı pozisyona göre, saldırı anında diğer kişilerden yardım isteme durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Poliklinik hemşiresinin diğer kişilerden yardım isteme oranı anlamlı düzeydedir (Tablo 20).

Tablo 21: Olay Sonucu Anksiyete Durumuna Göre, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Olay Sonucu Anksiyete		p
		Var (n=55)	Yok (n=105)	
Yaş; Ort±SD		33,87±8,44	32,66±7,34	^a 0,351
Eğitim	Lise	12 (48,0)	13 (52,0)	^d 0,439
	Ön lisans	13 (30,2)	30 (69,8)	
	Lisans	24 (33,8)	47 (66,2)	
	Lisansüstü	6 (28,6)	15 (71,4)	
Medeni Durum	Evli	33 (35,5)	60 (64,5)	^b 0,728
	Bekâr	22 (32,8)	45 (67,2)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl);Ort±SD (Medyan)		13,55±8,89 (15)	10,89±8,39 (10)	^d 0,079
Birimde Çalışma Süresi (Ay);Ort±SD (Medyan)		5,57±5,98 (3)	5,14±6,25 (2)	^d 0,311
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		42,69±8,28(40)	45,73±6,31 (45)	^d 0,043*
Pozisyon	Poliklinik	13 (31,0)	29 (69,0)	^d 0,168
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	34 (32,7)	70 (67,3)	
	Sorumlu Hemşire	8 (57,1)	6 (42,9)	

^aStudent-t Test ^bPearson Ki-Kare ^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

*p<0,05

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin eğitim durumlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri; yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 21).

Olay sonucu anksiyete yaşayan hemşirelerin çalıştığı pozisyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22: Olay Sonucu Korku Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Olay Sonucu Korku		p
		Evet (n=67)	Hayır (n=93)	
Yaş; Ort±SD		34,25±7,46	32,23±7,85	^a 0,104
Eğitim	Lise	14 (56,0)	11 (44,0)	^d 0,369
	Ön lisans	16 (37,2)	27 (62,8)	
	Lisans	27 (38,0)	44 (62,0)	
	Lisansüstü	10 (47,6)	11 (52,4)	
Medeni Durum	Evli	46 (49,5)	47 (50,5)	^b 0,022*
	Bekâr	21 (31,3)	46 (68,7)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl);Ort±SD (Medyan)		13,62±8,33 (12)	10,50±8,65 (8)	^d 0,013*
Birimde Çalışma Süresi (Ay);Ort±SD (Medyan)		5,84±5,85 (3)	4,89±6,35 (2)	^d 0,068
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		42,52±7,86(40)	46,24±6,22 (48)	^d 0,002**
Pozisyon	Poliklinik	22 (52,4)	20 (47,6)	^d 0,007**
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	35 (33,7)	69 (66,3)	
	Sorumlu Hemşire	10 (71,4)	4 (28,6)	

^aStudent-t Test

^bPearson Ki-Kare

^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 22'ye göre; olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin eğitim durumlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin evli olma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 22).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri, korku hissetmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Olay karşısında korku yaşayan hemşirelerin kendini savunmayı tercih etmedikleri söylenebilir (Tablo 22).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri; yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 22).

Olay sonucu korku yaşayan hemşirelerin çalıştığı pozisyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Poliklinik ve sorumlu hemşirelerin korku hissetme oraları daha yüksektir. Meslekte çalışma yıllarının da daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, şiddet olayıyla daha sık karşılaştıkları, şiddete maruziyetin ardından kendini savunmadıkları ve korku yaşadıkları sonucuna varılabilir (Tablo 22).

Tablo 23: Olay Sonucu Sinirlilik Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Sinirlilik		<i>p</i>
		Evet (n=106)	Hayır (n=54)	
Yaş; Ort±SD		32,42±7,15	34,37±8,70	^a 0,160
Eğitim	Lise	11 (44,0)	14 (56,0)	^d 0,004**
	Ön lisans	25 (58,1)	18 (41,9)	
	Lisans	57 (80,3)	14 (19,7)	
	Lisansüstü	13 (61,9)	8 (38,1)	
Medeni Durum	Evli	59 (63,4)	34 (36,6)	^b 0,376
	Bekar	47 (70,1)	20 (29,9)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl); Ort±SD (Medyan)		10,56±8,24 (9)	14,25±8,92 (16)	^d 0,015*
Birimde Çalışma Süresi (Ay); Ort±SD (Medyan)		4,41±5,73 (2)	7,01±6,61 (3,5)	^d 0,008**
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		44,81±7,81(40)	44,44±5,74 (40)	^d 0,462
Pozisyon	Poliklinik	19 (45,2)	23 (54,8)	^d 0,004**
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	77 (74,0)	27 (26,0)	
	Sorumlu Hemşire	10 (71,4)	4 (28,6)	

^aStudent-t Test ^bPearson Ki-Kare ^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test

^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

p*<0,05 *p*<0,01

Tablo 23'e göre; olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin eğitim durumlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*<0,01). Lisans mezunu hemşirelerin sinirlilik oranları anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 23).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05) (Tablo 23).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri, sinirlilik hissetmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 23).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin birimde çalışma süreleri, sinirlilik hissetmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 23).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Olay sonucu sinirlilik yaşayan hemşirelerin çalıştığı pozisyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Klinik hemşirelerin sinirlilik hissetme oraları daha yüksektir (Tablo 23).

Tablo 24: Olay Sonucunu Polise Bildirmek Durumuna Göre Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi, Haftalık Çalışma Saati ve Çalışma Pozisyonu Değişkenleri ile Değerlendirilmesi

		Olayı Polise Bildirmek		<i>p</i>
		Evet (n=33)	Hayır (n=127)	
Yaş; Ort±SD		32,75±8,03	33,16±7,68	^a 0,788
Eğitim	Lise	5 (20,0)	20 (80,0)	^d 0,798
	Ön lisans	7 (16,3)	36 (83,7)	
	Lisans	17 (23,9)	54 (76,1)	
	Lisansüstü	4 (19,0)	17 (81,0)	
Medeni Durum	Evli	19 (20,4)	74 (79,6)	^b 0,943
	Bekâr	14 (20,9)	53 (79,1)	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl);Ort±SD (Medyan)		11,69±8,91 (10)	11,83±8,59 (10)	^d 0,963
Birimde Çalışma Süresi (Ay);Ort±SD (Medyan)		5,13±6,21 (2)	5,33±6,15(2)	^d 0,973
Haftalık Çalışma Saati; Ort±SD (Medyan)		45,24±5,86(45)	44,54±7,49 (40)	^d 0,696
Pozisyon	Poliklinik	9 (21,4)	33 (78,6)	^d 0,084
	Hemşiresi			
	Klinik Hemşiresi	18 (17,3)	86 (82,7)	
	Sorumlu Hemşire	6 (42,9)	8 (57,1)	

^aStudent-t Test ^bPearson Ki-Kare ^cYates Continuity Correction Test

^dMann Whitney U test ^eFisher Freeman Halton Test (Monte Carlo)

Tablo 24'e göre; karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre, hemşirelerin eğitim durumlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 24).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin birimde çalışma sürelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Karşılaşılan şiddet olayını polise bildirmek durumuna göre hemşirelerin çalıştığı pozisyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

SONUÇ

Şiddet toplumuzu aile içinden başlamak üzere insanın bulunduğu her ortamda tehdit eden karşılaşılması artık neredeyse imkansız olan en olumsuz durumdur. İş yerleri de bu olumsuzluktan fazlasıyla etkilenmiş görünmektedir. Kadınların iş yaşamında ki payı gün geçtikçe büyümektedir. Bu beraberinde sorunları da getirmektedir. Hastaneler hizmet verdiği bireylerin mevcut durumlarından kaynaklanan, yaşanan iş stresinin normalden yüksek olduğu ortamlardır. Bu ortamda çoğunlukla kadın popülasyonunun çalıştığı meslek kolu hemşirelik şiddete maruz kalma açısından risk grupları arasında sayılmaktadır.

Yaptığımız çalışma sonucu her 10 hemşireden neredeyse 8'inin şiddete maruz kaldığını ifade etmesi yaşanan şiddet olaylarının çerçevesini geniş çizmiştir. Hasta ve hasta yakını saldırganlar arasında ilk sırayı alırken, hastane de çalışan hemşirelerin birinci derecede hastaya hizmet ettiğini ve bu hizmetin etkinliği açısından iletişimde olması gereken ilk kişinin de hasta yakını olması gerektiğini bütüncül bakım anlayışı açısından ele alırsak sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin hizmetin kalitesini nasıl da çıkmaza sürüklediğini anlayabiliriz. Şiddet yaşayan hemşirelerin yaşadığını ifade ettiği ilk duygu korku olmuştur. Gece ve gündüz 24 saat çalışma esasına göre hizmet eden hemşirelerin yalnız çalışma, olay esnasında yalnız olma, olaya yalnız kaldığı herhangi bir mekanda maruz kalma durumları göz önüne alındığında yaşanan korku duygusu daha anlaşılmaktadır. Olay sonucu yaşanan sinirlilik bir diğer duygu ifadesi olarak karşımıza çıkmakta, hemşirelerin eğitim durumu arttıkça şiddete maruz kalma hemşireleri daha çok öfkeli olmaktadır. Çalışma yılı yükseldikçe şiddete maruz kalma oranı artmakta, hemşirelerin yaşı ile de bu şiddet olayları paralellik göstermekte, bu da mesleğe yeni başlayan üyeleri zor koşullarda çalışma yıllarının beklediğini düşündürmektedir.

Eğitimin önemi yine bu çalışmamızda da kendini göstermiştir. Eğitim durumu yüksek olan hemşirelerin şiddet olayları karşısında kendini savunma yollarından en az birini tercih ettiği görülmüştür.. Yaşanan olay sonucu yardım isteme yaş ile orantılı sonuçlar vermesiyle dikkati çekmekte yine evli hemşireler daha çok yardıma başvurmuş görünmektedir. Ancak yaşanan olayı polise bildirme seçeneği çok az tercih edilmiştir. Nedenlerinden ilkinin sağlık çalışanları arasında bu

tür olayların kanıksanması, Bir diğer nedenini ise olayı polise bildirme sonucu yaşanacak sürece olan tutum oluşturmaktadır. Beyaz kod uygulamasıyla birlikte sağlık çalışanının aslında bu durumlarda daha ayrıcalıklı olması da hemşireler arasında polise bildirmeyi tercih nedeni yapmamıştır.

Yaşanan olay sonucu hastanın mağduriyetini en aza indirecek, çalışanı optimum seviyede koruyacak, refakat sistemini düzenleyici kurallara ihtiyacımız olup, ya da mevcut kuralların tam anlamıyla uygulanması gerekmektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri normal sınırı aşmamalı, mümkün olduğu kadar yalnız çalışmaya mahkum edilmemeli, motivasyonunu kırarak olaylar yaşandığında ilk düzeyden başlamak üzere gerekli desteği yöneticilerinden almalı, hastane ortamında bu hissettirilmelidir. Temennimiz güvenli iş ortamlarında insanımızın hakettiği bakımı hakettiği ölçüde almasını sağlamaya katkı vermektir.

KAYNAKÇA

- Akın, A.,” **Prof. Dr. Ayşe Akın’ın Penceresinden Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimler**”, Birinci Baskı. Ankara, Hüksam yayınları, 2008.
- Aktuğlu K, Hancı H.,”**Acil Servislerde Şiddet Tehditi**”, Hancı H. (Ed.), Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku), Toprak ofset, İzmir, 1999.
- Aksel Ş.,” **Şiddetin Psikolojik, Politik ve Hukuksal Yönleri**”, Ankara Üniversitesi Panel Konuşması, 2008. Erişim: www.pdrciyiz.biz/2008 Erişim Tarihi:02.04.2015
- Annagür, B., “**Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri,Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi**”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2): 161-173, 2010.
Erişim: www.cappsy.org/archives/vol2/no2/cap_02_09.pdf/2010 Erişim Tarihi: 12.01.2015
- Aydın M.,” **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı**”, Türk Tabipleri Birliği Isparta - Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta-Burdur, 2008.
- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve ark., “**Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı** ‘’, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 147-54.
- Cam E., “**Çalışma Yaşamında Stres Ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar**”, İnsan Bilimleri Dergisi, Ankara, 2004
<http://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/71/210> Erişim Tarihi: 02.04.2015
- Canbaz S, Dündar C, Dabak Ş ve ark.,” **Samsun İl Merkezinde 112 Acil Ve Hastane Acil Servis Çalışanlarında Şiddete Maruziyetin Ve Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**”, IX. Halk Sağlığı Kongre Bildiri Özetleri, Ankara, 2005.

Çöl, S., “ İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, Çalışma ve Toplum, 2008.
Erişim: www.calismatoplum.org/sayi19/serap.pdf/2010 Erişim tarihi:12.01.2015

Dilbaz N., “Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi Ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım.” Klinik Psikiyatri Dergisi, Sayı 2, 1999.

Enserink M., 28 Haziran 2000 (çeviri Yılmaz A.) “Şiddetin Biyolojisi”, Bilim ve Teknik, Şubat 2001.

Felson RB,. “A Social Psychological Approach To İnterpersonal Aggression. Aggression And Violence” Edited by Vincent B – Von Hasseh Micjel Hersen. ALlyn Q Bacon A person ;Education Company, 9-20,2009.

Gökalp P., ”Hekime Şiddet Nereden Çıktı, Şiddet Ve Nefrete Psikanalitik Yaklaşım”,
<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/pdf/psikanalitikyaklasim.pdf>
(Erişim tarihi 17.05.2015)

Gökçe T, Dündar C., “Samsun Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi” İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,2008
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/totmd/article/view/5000100453/5000093577>
Erişim Tarihi: 01.06.2015

Gömbül Ö. ve Buldukoğlu K., “ Hemşirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Görüşleri”, Kriz Dergisi 5 (2): 103-114, Antalya, 1997.

Güleç H, Topaloğlu, M, Ünsal, D, Altıntaş M. “Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar”,2012.

Günay Y, Akbay MÖ., ” İş Yerinde Şiddet.” Çalışma Ortamı Dergisi 2001;
<http://www.fisek.org.tr/genckizemegi0> Erişim tarihi:02.04.2015

Kılıç M.N.,” **Kadına Yönelik Şiddet: Sosyo-psikolojik Arka Plan, Manevi Boyut, Hukuki Yaptırımlar**”, Ankara Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek lisans Tezi. Ankara, 2009.

Kocacık, F. ,” **Şiddet Olgusu Üzerine**” , Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Dergisi. 2(1), 2000.
Erişim:

www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf/2008 Erişim Tarihi:14.02.2015

Köknel, Ö.,” **Bireysel Ve Toplumsal Şiddet**”, Altın Kitaplar Yayınevi, Ankara, 1996.

Kutlu L., “**Açık Agresyon Ölçeğinin Türk Psikiyatrik Hasta Grubunda Geçerlik Güvenirlilik Çalışması**” (Doktora Tezi), İstanbul: İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 2003.

Memiş, M.,” **Çalışan kadına Yönelik Aile İçi Şiddet**”, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans tezi, Sakarya, 2010.

Özkan Ö, Emiroğlu O. N., “ **Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri**”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sivas, 2006
<http://www.saglikcalisanisagligi.org/Dosyalar/Sivashastanecalisnarlari.Pdf> Erişim Tarihi: 26.04.2015

Özkan Ö., ” **Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması**”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.

Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A., “**İzmir Metropol Alanı 112 Çalışanlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi**”, Toplum ve Hekim Dergisi, 1999, Sayı: 14 Sayfa:420-425.

Öztunç G .,”**Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel Ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi.**” C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, Sayı:5, Adana, 2001
Erişim: <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf /2009>
Erişim tarihi:20.03.2015

Rezaki M., ” **Sağlık Çalışanlarında Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Sorunlar**”, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi Kitabı, Ankara Üniversitesi Yayınları, 1999.

Sever D.,”**Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları Ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması,**” Uluslar Arası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Damla Matbaacılık, Ankara, 1998.

Subaşı N, Akın A.,” **Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri Ve Sonuçları**” Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003.

Sümeri, N., “**Kültür, Yasa ve Aile İçi Şiddet**” 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı, Ankara, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, 19-21 Kasım 1997.

Şiddet Psikolojisi, www.sinirsizyasam.com/Siddet.Asp (erişim tarihi 28.01.2015).

Şiddeti Önleme Platformu, “**Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu**”.

http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/Siddet1_Onleme_Platform_u_Medya_ve_Siddet_Calisma_Grubu_Raporu_05.Doc. (Erişim tarihi 16.06.2015.)

TBMM Töre Ve Namus Cinayetleri İle Kadınlara Ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Anayasanın İç Tüzüğü’nün 104 Ve 105. Maddeleri Uyarınca Meclis Araştırma Önergesi Ve (10/148, 182, 187, 284, 285) Esas Nolu Meclis Araştırma Komisyon Raporu Ya Da (10/148) Esas Nolu Meclis Araştırma Önergesi

Türk Ceza Kanunu, Tertip: 5, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Sayısı: 25611. www.mevzuat.gov.tr (erişim tarihi 13.06.2014).

Türk Dil Kurumu ‘Şiddet’ Tanımı.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TD_K.GTS.557c8a0ec956e7.67982045 Erişim tarihi: 12.04.2015

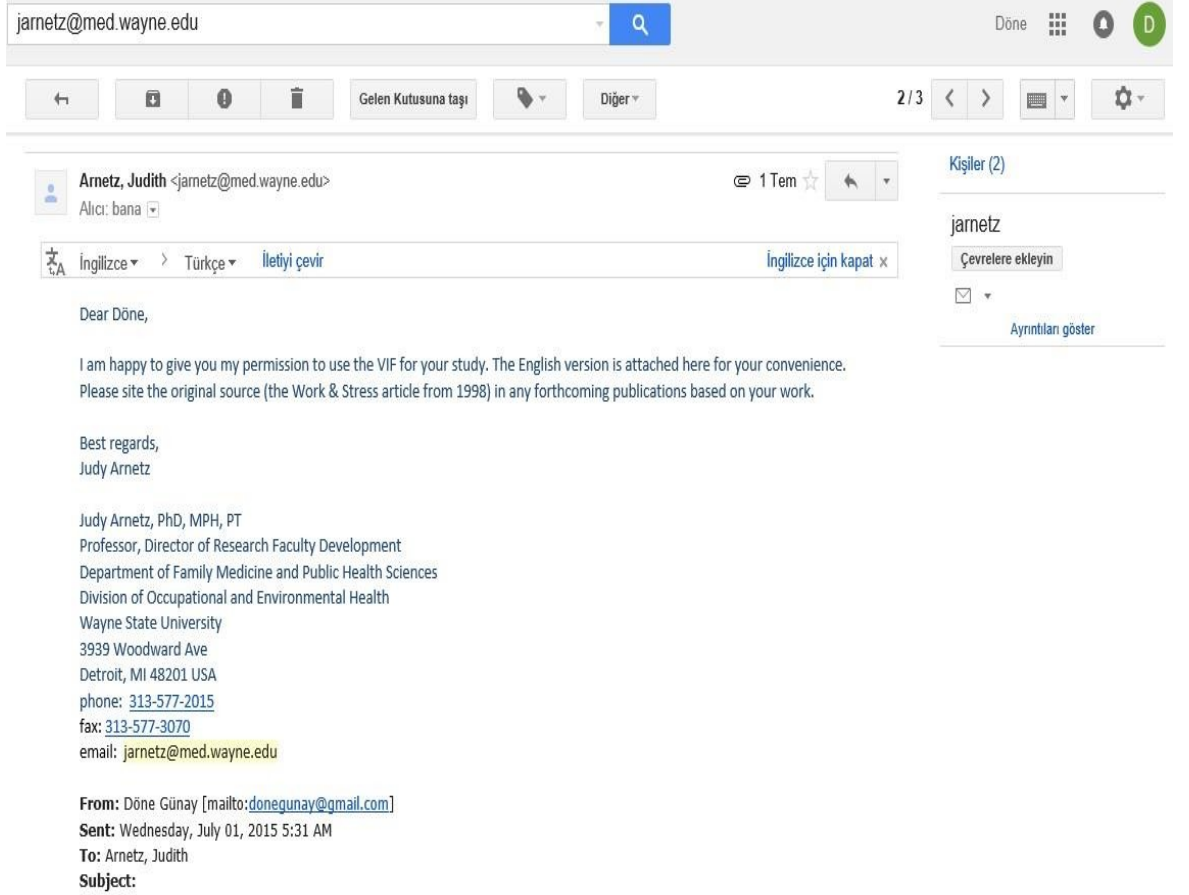
Uzun Ö ve ark., **‘Hemşirelerin Çalıştıkları Ortamda Şiddetle Karşılaşma Durumları.’** 7. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 217-221, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Yayınları, 1998.

Ünlüsoy DN. **‘Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri’**,Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 2010.

Yüksel N, **‘İntiharın Nörobiyolojisi’**, Klinik Psikiyatri Dergisi, Sayı:2, Sayfa:5- 15, 2001.

EKLER

Ek 1. Şiddet Olay Formunu Kullanmak İçin Alınan İzin



Ek 2. Etik Kurul Onay Formu



BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	KADIN HEMŞİRELERE YÖNELİK UYGULANAN ŞİDDET VE İLİŞKİLİ ETMENLER		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2015/13		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Sefer Gümüş,Ebe.Döne Günay		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Beykent Üniversitesi		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLAR ARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.01.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.01.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	19.01.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/02/05	Tarih: 26.01.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Abdülbaki KUMBASAR	İç Hastalıkları	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dijimed Bil.Çöz.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Rana KONYALIOĞLU	Biyostatistik	ARK İst. Danış.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Avukat Özkan TÖM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Selim ÖZDEMİR	Eğitim Görevlisi	Şükrü Balcı MYO	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Ek 3.Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair

Kanun TARİH: 20 MART 2012 SALI / SAYI 28239

20 Mart 2012 SALI

Resmî Gazete

Sayı : 28239

KANUN

**AİLENİN KORUNMASI VE KADINA KARŞI ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE DAİR
KANUN**

Kanun No. 6284

Kabul Tarihi: 8/3/2012

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Temel İlkeler ve Tanımlar Amaç, kapsam ve temel ilkeler

MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

(2) Bu Kanunun uygulanmasında ve gereken hizmetlerin sunulmasında aşağıdaki temel ilkelere uyulur:

a) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, özellikle Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi ve yürürlükteki diğer kanuni düzenlemeler esas alınır.

b) Şiddet mağdurlarına verilecek destek ve hizmetlerin sunulmasında temel insan haklarına dayalı, kadın erkek eşitliğine duyarlı, sosyal devlet ilkesine uygun, adil, etkili ve süratli bir usul izlenir.

c) Şiddet mağduru ve şiddet uygulayan için alınan tedbir kararları insan onuruna yaraşır bir şekilde yerine getirilir.

ç) Bu Kanun kapsamında kadınlara yönelik cinsiyete dayalı şiddeti önleyen ve kadınları cinsiyete dayalı şiddetten koruyan özel tedbirler ayrımcılık olarak yorumlanamaz.

Tanımlar

MADDE 2 – (1) Bu Kanunda yer alan;

a) Bakanlık: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığını,

b) Ev içi şiddet: Şiddet mağduru ve şiddet uygulayanla aynı haneyi paylaşmasa da aile veya hanede ya da aile mensubu sayılan diğer kişiler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddeti,

Hâkim: Aile mahkemesi hâkimini,

ç) Kadına yönelik şiddet: Kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan ve bu Kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranışı,

d) Şiddet: Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfî engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı,

e) Şiddet mağduru: Bu Kanunda şiddet olarak tanımlanan tutum ve davranışlara doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalan veya kalma tehlikesi bulunan kişiyi ve şiddetten etkilenen veya etkilenme tehlikesi bulunan kişileri,

f) Şiddet önleme ve izleme merkezleri: Şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına yönelik destek ve izleme hizmetlerinin verildiği, çalışmalarını yedi gün yirmidört saat esaslı ile yürüten merkezleri,

g) Şiddet uygulayan: Bu Kanunda şiddet olarak tanımlanan tutum ve davranışları uygulayan veya uygulama tehlikesi bulunan kişileri,

ğ) Tedbir kararı: Bu Kanun kapsamında, şiddet mağdurları ve şiddet uygulayanlar

hakkında hâkim, kolluk görevlileri ve mülkî amirler tarafından, istem üzerine veya resen verilecek tedbir kararlarını, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Koruyucu ve Önleyici Tedbirlere İlişkin Hükümler Mülkî amir tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları

MADDE 3 – (1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere mülkî amir tarafından karar verilebilir:

- a) Kendisine ve gerekiyorsa beraberindeki çocuklara, bulunduğu yerde veya başka bir yerde uygun barınma yeri sağlanması.
- b) Diğer kanunlar kapsamında yapılacak yardımlar saklı kalmak üzere, geçici maddi yardım yapılması.
- c) Psikolojik, meslekî, hukukî ve sosyal bakımdan rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmesi.
- ç) Hayatî tehlikesinin bulunması hâlinde, ilgilinin talebi üzerine veya resen geçici koruma altına alınması.
- d) Gerekli olması hâlinde, korunan kişinin çocukları varsa çalışma yaşamına katılımını desteklemek üzere dört ay, kişinin çalışması hâlinde ise iki aylık süre ile sınırlı olmak kaydıyla, on altı yaşından büyükler için her yıl belirlenen aylık net asgari ücret tutarının yarısını geçmemek ve belgelendirilmek kaydıyla Bakanlık bütçesinin ilgili tertibinden karşılanmak suretiyle kreş imkânının sağlanması.

(2) Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde birinci fıkranın (a) ve (ç) bentlerinde yer alan tedbirler, ilgili kolluk amirlerince de alınabilir. Kolluk amiri evrakı en geç kararın alındığı tarihi takip eden ilk işgünü içinde mülkî amirin onayına sunar. Mülkî amir tarafından kırksekiz saat içinde onaylanmayan tedbirler kendiliğinden kalkar.

Hâkim tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları

MADDE 4 – (1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki koruyucu tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere hâkim tarafından karar verilebilir:

- a) İşyerinin değiştirilmesi.
- b) Kişinin evli olması hâlinde müşterek yerleşim yerinden ayrı yerleşim yeri belirlenmesi.
- c) 22/11/2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunundaki şartların varlığı hâlinde ve korunan kişinin talebi üzerine tapu kütüğüne aile konutu şerhi konulması.
- ç) Korunan kişi bakımından hayatî tehlikenin bulunması ve bu tehlikenin önlenmesi için diğer tedbirlerin yeterli olmayacağının anlaşılması hâlinde ve ilgilinin aydınlatılmış rızasına dayalı olarak 27/12/2007 tarihli ve 5726 sayılı Tanık Koruma Kanunu hükümlerine göre kimlik ve ilgili diğer bilgi ve belgelerinin değiştirilmesi.

Hâkim tarafından verilecek önleyici tedbir kararları

MADDE 5 – (1) Şiddet uygulayanlarla ilgili olarak aşağıdaki önleyici tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere hâkim tarafından karar verilebilir:

- a) Şiddet mağduruna yönelik olarak şiddet tehdidi, hakaret, aşağılama veya küçük düşürmeyi içeren söz ve davranışlarda bulunmaması.
- b) Müşterek konuttan veya bulunduğu yerden derhâl uzaklaştırılması ve müşterek konutun korunan kişiye tahsis edilmesi.
- c) Korunan kişilere, bu kişilerin bulundukları konuta, okula ve işyerine yaklaşmaması.
- ç) Çocuklarla ilgili daha önce verilmiş bir kişisel ilişki kurma kararı varsa, kişisel ilişkinin refakatçi eşliğinde yapılması, kişisel ilişkinin sınırlanması ya da tümüyle kaldırılması.

- d) Gerekli görülmesi hâlinde korunan kişinin, şiddete uğramamış olsa bile yakınlarına, tanıklarına ve kişisel ilişki kurulmasına ilişkin hâller saklı kalmak üzere çocuklarına yaklaşmaması.
- e) Korunan kişinin şahsi eşyalarına ve ev eşyalarına zarar vermemesi.
- f) Korunan kişiyi iletişim araçlarıyla veya sair surette rahatsız etmemesi.
- g) Bulundurulması veya taşınmasına kanunen izin verilen silahları kolluğa teslim etmesi.
- ğ) Silah taşınması zorunlu olan bir kamu görevi ifa etse bile bu görevi nedeniyle zimmetinde bulunan silahı kurumuna teslim etmesi.
- h) Korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması hâlinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanması.
- ı) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması ve tedavisinin sağlanması.
- (2) Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (d) bentlerinde yer alan tedbirler, ilgili kolluk amirlerince de alınabilir. Kolluk amiri evrakı en geç kararın alındığı tarihi takip eden ilk işgünü içinde hâkimin onayına sunar. Hâkim tarafından yirmidört saat içinde onaylanmayan tedbirler kendiliğinden kalkar.
- (3) Bu Kanunda belirtilen tedbirlerle birlikte hâkim, 3/7/2005 tarihli ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununda yer alan koruyucu ve destekleyici tedbirler ile 4721 sayılı Kanun hükümlerine göre velayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişki kurulması hususlarında karar vermeye yetkilidir.
- (4) Şiddet uygulayan, aynı zamanda ailenin geçimini sağlayan yahut katkıda bulunan kişi ise 4721 sayılı Kanun hükümlerine göre nafakaya hükmedilmemiş olması kaydıyla hâkim, şiddet mağdurunun yaşam düzeyini göz önünde bulundurarak talep edilme dahi tedbir nafakasına hükmedebilir.

Suçlara ilişkin saklı tutulan hükümler

MADDE 6 – (1) Kişinin silah bulundurması, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmasının suç oluşturması dolayısıyla ya da fiilinin başka bir suç oluşturması nedeniyle;

- a) Soruşturma ve kovuşturma evresinde koruma tedbirlerine veya denetimli serbestlik tedbirlerine,
- b) Mahkûmiyet hâlinde ceza veya güvenlik tedbirlerinin infazına ve bu çerçevede uygulanabilecek olan denetimli serbestlik tedbirlerine, ilişkin kanun hükümleri saklıdır.

İhbar

MADDE 7 – (1) Şiddet veya şiddet uygulanma tehlikesinin varlığı hâlinde herkes bu durumu resmi makam veya mercilere ihbar edebilir. İhbarı alan kamu görevlileri bu Kanun kapsamındaki görevlerini gecikmeksizin yerine getirmek ve uygulanması gereken diğer tedbirlere ilişkin olarak yetkilileri haberdar etmekle yükümlüdür.

Tedbir kararının verilmesi, tebliği ve gizlilik

MADDE 8 – (1) Tedbir kararı, ilgilinin talebi, Bakanlık veya kolluk görevlileri ya da Cumhuriyet savcısının başvurusu üzerine verilir. Tedbir kararları en çabuk ve en kolay ulaşılabilecek yer hâkiminden, mülkî amirden ya da kolluk biriminden talep edilebilir.

(2) Tedbir kararı ilk defasında en çok altı ay için verilebilir. Ancak şiddet veya şiddet uygulanma tehlikesinin devam edeceğinin anlaşıldığı hâllerde, resen, korunan kişinin ya da Bakanlık veya kolluk görevlilerinin talebi üzerine tedbirlerin süresinin veya şeklinin değiştirilmesine, bu tedbirlerin kaldırılmasına veya aynen devam etmesine karar verilebilir.

(3) Koruyucu tedbir kararı verilebilmesi için, şiddetin uygulandığı hususunda delil veya belge aranmaz. Önleyici tedbir kararı, geciktirilmeksizin verilir. Bu kararın verilmesi, bu Kanunun amacını gerçekleştirmeyi tehlikeye sokabilecek şekilde geciktirilemez.

(4) Tedbir kararı, korunan kişiye ve şiddet uygulayana tefhim veya tebliğ edilir. Tedbir talebinin reddine ilişkin karar ise sadece korunan kişiye tebliğ edilir. Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde ilgili kolluk birimi tarafından verilen tedbir kararı şiddet uygulayana bir tutanakla derhâl tebliğ edilir.

(5) Tedbir kararının tefhim ve tebliğ işlemlerinde, tedbir kararına aykırılık hâlinde şiddet uygulayan hakkında zorlama hapsinin uygulanacağı ihtar yapılır.

(6) Gerekli bulunması hâlinde, tedbir kararı ile birlikte talep üzerine veya resen, korunan kişi ve diğer aile bireylerinin kimlik bilgileri veya kimliğini ortaya çıkarabilecek bilgileri ve adresleri ile korumanın etkinliği bakımından önem taşıyan diğer bilgileri, tüm resmi kayıtlarda gizli tutulur. Yapılacak tebligatlara ilişkin ayrı bir adres tespit edilir. Bu bilgileri hukuka aykırı olarak başkasına veren, ifşa eden veya açıklayan kişi hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri uygulanır.

(7) Talep hâlinde ilgililere kişisel eşya ve belgelerinin kolluk marifetiyle teslimi sağlanır.

İtiraz

MADDE 9 – (1) Bu Kanun hükümlerine göre verilen kararlara karşı tefhim veya tebliğ tarihinden itibaren iki hafta içinde ilgililer tarafından aile mahkemesine itiraz edilebilir.

(2) Hâkim tarafından verilen tedbir kararlarına itiraz üzerine dosya, o yerde aile mahkemesinin birden fazla dairesinin bulunması hâlinde, numara olarak kendisini izleyen daireye, son numaralı daire için birinci daireye, o yerde aile mahkemesinin tek dairesi bulunması hâlinde asliye hukuk mahkemesine, aile mahkemesi hâkimi ile asliye hukuk mahkemesi hâkiminin aynı hâkim olması hâlinde ise en yakın asliye hukuk mahkemesine gecikmeksizin gönderilir.

(3) İtiraz mercii kararını bir hafta içinde verir. İtiraz üzerine verilen kararlar kesindir.

Tedbir kararlarının bildirimi ve uygulanması

MADDE 10 – (1) Bu Kanun hükümlerine göre alınan tedbir kararları, Bakanlığın ilgili il ve ilçe müdürlükleri ile verilen kararın niteliğine göre Cumhuriyet başsavcılığına veya kolluğa en seri vasıtalarla bildirilir.

(2) Bu Kanun kapsamında ilgili mercilere yapılan başvurular ile bu başvuruların kabul ya da reddine ilişkin kararlar, başvuru yapılan merci tarafından Bakanlığın ilgili il ve ilçe müdürlüklerine derhâl bildirilir.

(3) Korunan kişinin geçici koruma altına alınmasına ilişkin koruyucu tedbir kararı ile şiddet uygulayan hakkında verilen önleyici tedbir kararlarının yerine getirilmesinden, hakkında koruyucu veya önleyici tedbir kararı verilen kişilerin yerleşim yeri veya bulunduğu ya da tedbirin uygulanacağı yer kolluk birimi görevli ve yetkilidir.

(4) Tedbir kararının, kolluk amirince verilip uygulandığı veya korunan kişinin kollukta bulunduğu hâllerde, kolluk birimleri tarafından kişi, Bakanlığın ilgili il veya ilçe müdürlüklerine ivedilikle ulaştırılır; bunun mümkün olmaması hâlinde giderleri Bakanlık bütçesinin ilgili tertibinden karşılanmak üzere kendisine ve beraberindekilere geçici olarak barınma imkânı sağlanır.

(5) Tedbir kararının ilgililere tefhim veya tebliğ edilmemesi, kararın uygulanmasına engel teşkil etmez.

(6) Hakkında barınma yeri sağlanmasına karar verilen kişiler, Bakanlığa ait veya Bakanlığın gözetim ve denetimi altında bulunan yerlere yerleştirilir. Barınma yerlerinin yetersiz kaldığı hâllerde korunan kişiler; mülkî amirin, acele hâllerde kolluğun veya Bakanlığın talebi üzerine kamu kurum ve kuruluşlarına ait sosyal tesis, yurt veya benzeri yerlerde geçici olarak barındırılabilir.

(7) İşyerinin değiştirilmesi yönündeki tedbir kararı, kişinin tabi olduğu ilgili mevzuat hükümlerine göre yetkili merci veya kişi tarafından yerine getirilir.

Kolluk görevleri

MADDE 11 – (1) Kolluk görevleri, kolluğun merkez ve taşra teşkilâtında bu Kanunda belirtilen hizmetlerle ilgili olarak, çocuk ve kadının insan hakları ile kadın erkek eşitliği konusunda eğitim almış ve ilgili kolluk birimlerince belirlenmiş olan yeteri kadar personel tarafından yerine getirilir.

Teknik yöntemlerle takip

MADDE 12 – (1) Bu Kanun hükümlerine göre verilen tedbir kararlarının uygulanmasında hâkim kararı ile teknik araç ve yöntemler kullanılabilir. Ancak, bu suretle, kişilerin ses ve görüntüleri dinlenemez, izlenemez ve kayda alınamaz.

(2) Teknik araç ve yöntemlerle takibe ilişkin usul ve esaslar yönetmelikle düzenlenir.

Tedbir kararlarına aykırılık

MADDE 13 – (1) Bu Kanun hükümlerine göre hakkında tedbir kararı verilen şiddet uygulayan, bu kararın gereklerine aykırı hareket etmesi hâlinde, fiili bir suç oluştursa bile ihlal edilen tedbirin niteliğine ve aykırılığın ağırlığına göre hâkim kararıyla üç günden on güne kadar zorlama hapsine tabi tutulur.

(2) Tedbir kararının gereklerine aykırılığın her tekrarında, ihlal edilen tedbirin niteliğine ve aykırılığın ağırlığına göre zorlama hapsinin süresi onbeş günden otuz güne kadardır. Ancak zorlama hapsinin toplam süresi altı ayı geçemez.

(3) Zorlama hapsine ilişkin kararlar, Cumhuriyet başsavcılığınca yerine getirilir. Bu kararlar Bakanlığın ilgili il ve ilçe müdürlüklerine bildirilir.

Ek 4. Tanımlayıcı Özellikler Formu

Açıklama: Bu anket sizin çalışma hayatınız süresince yaşadığınız şiddet olaylarını değerlendirmek için hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için sizce uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

2) 1) YAŞ:

3) EĞİTİM DURUMU

☐ Lise

☐ Önlisans

☐ Lisans

☐ Lisansüstü

4) MEDENİ DURUM

☐ Evli

☐ Bekar

5) ÇALIŞTIĞI BİRİM

☐ Dahili Bilimler
Üniteleri

☐ Cerrahi Bilimler

☐ Yoğun Bakım

☐ Acil Servis

6) MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ

..... yıl

7) BULUNDUĞU BİRİMDE ÇALIŞMA SÜRESİ

.....yıl

8) HAFTADA KAÇ SAAT ÇALIŞIYORSUNUZ?

..... Saat (Haftalık çalışma süresi 40 saattir)

9) ÇALIŞMA POZİSYONUNUZ

☐ Poliklinik hemşiresi

☐ Klinik hemşiresi

☐ Sorumlu hemşire

☐

Eğitim hemşiresi

10) ÇALIŞMA YAŞAMINIZDA FİZİKSEL VEYA SÖZEL ŞİDDETE MARUZ KALDINIZ MI?

☐ Evet

☐ Hayır

Ek 5. Şiddet Olay Formu

1) Kim tarafından şiddete maruz kaldınız?

☐ Hasta ☐ Hasta yakını ☐ Diğer sağlık personeli ☐ Diğer

2) Kişinin saldırıda bulunmasını tahminen neye bağlıyorsunuz?

☐ Akıl hastalığına
☐ Zihinsel engelli/ demans olmasına
☐ Alkol ya da uyuşturucu madde kullanmasına
☐ Kullandığı ilaçların etkisinde olmasına
☐ Bilmiyorum

Saldırganın cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

Saldırganın yaşı: ☐ 18 yaş altı ☐ 19-30 ☐ 31-50 ☐ 51-65
☐ 65 yaş üstü

3) Saldırıya maruz kaldığınız yer?

☐ Bekleme odası
☐ Acil servis
☐ Lavabo / banyo
☐ Muayene odası
☐ Koridor
☐ Diğer

4) Olay öncesi hangi faaliyette bulunuyordunuz?

- ☐ Muayene/ tedavi/ fiziksel bakım
- ☐ Hasta transferi/ hasta kaldırma/ fiziksel yardım
- ☐ Konuşma
- ☐ Hasta taleplerini dinlerken
- ☐ Etkinlik yok
- ☐ Diğer

5) Olay ne zaman meydana geldi?

- ☐ Hasta kabul işlemleri sırasında
- ☐ Muayene/ tedavi/ fiziksel bakım esnasında
- ☐ Muayene ve tedavi bitiminde
- ☐ Hasta taşıma sırasında
- ☐ Diğer

6) Size karşı bir saldırı olacağını önceden hissettiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

7) Olayın olduğu esnada yalnız mı çalışıyordunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8) Karşılaşılan şiddet olayının türü

- ☐Sözel tehdit / Saldırganlık ☐Tükürme ☐Isırma ☐Tekmeleme ☐
Sıkma
- ☐Tokatlama
- ☐İtekleme ☐Tutma ☐Bir nesne veya tabanca kullanma ☐Diğer

9) Olay karşısında tepkiniz ne oldu?

- ☐Kendimi savunarak karşılık verdim
- ☐Yardım istedim
- ☐Diğer kişiler yardıma geldi
- ☐Herhangi bir işlem gerekmedi

10) Olay sonucunda ne oldu?

- ☐Fiziksel yaralanma ☐Anksiyete ☐Korku ☐Sinirlilik
- ☐İrrite olmak ☐Suçluluk ☐Çaresizlik
- ☐Hayal Kırıklığı ☐Hiçbir Şey Hissetmedim ☐Diğer

11) Olayı polise bildirdiniz mi?

- ☐Evet ☐Hayır

ÖZGEÇMİŞ

02.04.1984 Sivas doğumluyum. İlk, orta ve lise eğitimimi tamamladıktan sonra Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümünden 2008 yılında mezun oldum.

2014 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi dalında yüksek lisansına başladım.

2008 yılında Cumhuriyet Üniversitesi'nde başladığım meslek hayatıma 2012 yılından sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde, 2013 yılı Mayıs ayı itibariyle de halen Sağlık Bakanlığı bünyesinde ki Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde devam etmekteyim.

Döne GÜNAY