



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ
KONUSUNDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

Derya AKSOY İL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP

2019



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ
KONUSUNDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

Derya AKSOY İL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Danışman
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP
2019

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

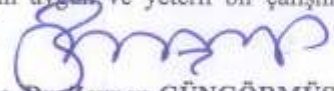
Derya AKSOY İL

Tez Savunma Tarihi: 16.07.2019
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

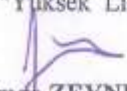
Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.


Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir

Tez Jürisi

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Serap KOÇAK

İmzası


.....

.....

BEYAN

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

16.07.2019

Derya AKSOY İL



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılar sağlayan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU'na teşekkürlerimi borç bilirim.

Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm sağlık çalışanlarına,

Son olarak; hayatımın her aşamasında destekçim olan anneme, babama, kardeşlerime, eşim ve kızıma yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda oldukları, sevgilerini ve desteklerini esirgemedikleri, bana güvendikleri ve vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Derya AKSOY İL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI

BEYAN

TEŞEKKÜR i

İÇİNDEKİLER ii

KISALTMALAR v

TABLO LİSTESİ vi

ÖZET 1

ABSTRACT..... 2

1. GİRİŞ VE AMAÇ 3

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... 3

1.2. Araştırmanın Amacı..... 6

1.3. Araştırmanın Soruları 6

2. GENEL BİLGİLER..... 7

2.1. Şiddetin Tanımı..... 7

2.1.1. Aile içi şiddet 7

2.1.2. Kadına yönelik şiddet 8

2.1.2.1. Kadına yönelik şiddet türleri..... 8

2.1.2.1.A. Fiziksel şiddet 9

2.1.2.1.B. Sözel şiddet 9

2.1.2.1.C. Duygusal/Psikolojik şiddet..... 9

2.1.2.1.D. Ekonomik şiddet 10

2.1.2.1.E. Cinsel şiddet 10

2.2. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi 10

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu 11

2.3.1. Dünya’da durum 11

2.3.2. Türkiye’de durum 12

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yasal Düzenlemeler 13

2.4.1. Uluslararası hukuk 13

2.4.1.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 14

2.4.1.2. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi
(CEDAW) 14

2.4.1.3. Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge.....	15
2.4.1.4. İstanbul Sözleşmesi.....	15
2.4.1.5. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme.....	16
2.4.1.6. Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi, Cezalandırılması ve Ortadan Kaldırılmasına Dair Amerikan Devletleri Sözleşmesi (Belém do Pará Sözleşmesi) ve Afrika Kadın Hakları Protokolü	16
2.4.2. Ulusal mevzuat	17
2.4.2.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	17
2.4.2.2. Türk Medeni Kanunu.....	18
2.4.2.3. Türk Ceza Kanunu	19
2.4.2.4. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 sayılı kanun).....	19
2.5. Şiddete Uğrayan Kadınlara Hizmet Veren Kurumlar.....	20
2.5.1. Resmi statüdeki devlet kurum ve kuruluşları	20
2.5.1.1. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü... ..	20
2.5.1.2. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü.....	20
2.5.1.3. Aile Araştırma Kurumu (AAK).....	20
2.5.1.4. Kadın sığınma evleri.....	21
2.5.2. Gönüllü kadın kuruluşları ve yerel yönetimler	21
2.5.2.1. Mor Çatı Vakfı.....	21
2.5.2.2. Kadın Dayanışma Vakfı.....	22
2.5.2.3. Kadın merkezi.....	22
2.5.2.4. Yerel yönetimler	22
2.6. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Hukuki Yükümlülükleri ve Rolü ..	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.4.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması.....	27
3.4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu	28
3.4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği.....	28

3.4.2. Anket formunun ön uygulaması	29
3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması	29
3.4.4. Araştırmanın etik boyutu	30
3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi	30
3.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları ve genellenebilirliği	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ	48
7. ÖNERİLER.....	50
8. KAYNAKLAR	51
9. EKLER	61
Ek 1. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu.....	61
Ek 2. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları ölçeği.....	64
Ek 3. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumları	67
Ek 4. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden alınan yazılı izin formu	68
Ek 5. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'ndan araştırmanın uygulanabilmesi için alınan etik kurul izni.....	69
Ek 6. Ölçek izni	70
ÖZGEÇMİŞ	71

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
BM	: Birleşmiş Milletler
BMGK	: Birleşmiş Milletler Genel Kurulu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SÇKŞTÖ	: Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Eğitim Alma ve Şiddet ile Karşılaşma Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.2.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Konusuna Yaklaşımlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4.3.1.1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.3.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo 4.3.2.2. Sağlık Çalışanlarının Şiddete İlişkin Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	39

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ KONUSUNDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Derya AKSOY İL
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
2019, 71 Sayfa

Araştırma, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusundaki tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 1098 sağlık çalışanından, örnekleme alınacak sağlık çalışanı sayısı 308 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu ile ‘Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (SÇKŞTÖ)' kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri; ikinci bölümde sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlere yönelik sorular yer almaktadır. Anket formu ile SÇKŞTÖ 15 Ocak- 23 Mart 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 bilgisayar programında; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdeler, t-testi, Oneway Anova testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarını belirleyen SÇKŞTÖ puan ortalamaları ile sağlık çalışanlarının öğrenimleri süresince şiddete ilişkin eğitim alma durumları, çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumları, şiddete yönelik bildirim yapma durumları, şiddeti tanımlamanın mesleki rol içinde yer alması gerektiğini düşünme durumları, yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileme durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının şiddet konusunda mesleki rollerine yönelik tutumlarının olumlu olduğu (SÇKŞTÖ puan ortalaması 97.88 ± 10.24) saptanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarının olumlu yönde artırılmasına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Eş şiddeti, Kadın, Sağlık çalışanı, Tutum ölçeği.

ABSTRACT

DEFINING HEALTH PERSONNEL'S BEHAVIOURS ON SPOUSAL VIOLENCE AGAINST WIVES

Derya AKSOY İL

Master Thesis, Department of Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2019, 71 pages

This research was conducted as cross-sectional with the aim of determining the attitudes of the health workers working in the hospital and the factors affecting these attitudes on their spousal violence towards women. Out of the 1098 health workers working at the Dicle University Medical Faculty Hospital, which constitutes the universe of the study, the number of health workers to be sampled was calculated to be 308. As data collection tools, a questionnaire and 'the scale of attitudes and practices of the healthcare workers on spousal violence against women' were used. The questionnaire form consists of two parts. In the first part, there are questions about the sociodemographic characteristics of health workers and in the second part, there are questions on the factors that might affect the violence attitudes of health workers. The questionnaire and 'the scale of attitudes and practices of the healthcare workers on spousal violence against women' were conducted between January 15 and March 23, 2019. The data obtained from the study were evaluated by using average, standard deviation, minimum and maximum values, percentage, t-test and One-way ANOVA test in SPSS for Windows 25.0 computer program. The difference between the average scores from 'the scale of attitudes and practices of the healthcare workers on spousal violence against women', which determines the violence attitudes of health workers, and the situation of health workers to receive training on violence during their education, the situation of witnessing violence against women in working life, the situation of reporting cases of violence, the situation of considering that violence should be included in the professional practice, the situation of the effect of domestic violence on their professional approach was determined to be statistically significant. ($p < 0.05$). As a result, it was found that the attitudes of health workers towards their professional roles on violence were positive (point average 97.88 ± 10.24). Regarding search results, suggestions were developed towards increasing health personnels behaviours on violence of couples against wives.

Key words: Spouse violence, Woman, Health worker, Attitude scale.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; *"Fiziksel güç ya da kuvvetin, amaçlı bir şekilde kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel zarara ya da fiziksel zararlar sonuçlanma ihtimalini arttırmasına, psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici biçimde ya da gerçekten kullanılmasıdır"* şeklinde tanımlamaktadır (1). Literatürde şiddet kişilerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal olarak baskı altına alınmasına neden olan davranış veya yaklaşım olarak da tanımlanmaktadır (2). Şiddet, özel bir sınıfa veya etnik gruba ait bir olgu olmayıp toplumun her kesiminde farklı birçok yaşam alanında görölmektedir. Bu nedenle toplumda her birey şiddete uğrama riski ile karşı karşıyadır (3). DSÖ'nün yaptığı sınıflandırmaya göre şiddet; *"Kişinin kendisine yönelik uyguladığı şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet"* şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre kendine yönelik şiddet türleri; intihar, intihar girişimleri ve kendini kasten yaralamaları içermektedir. Kişiler arası şiddet; aile şiddeti (çocuk, eş ve yaşlılara yönelik), tanıdık ya da yabancı bir kişiye yönelik veya onun tarafından uygulanan şiddeti kapsamaktadır. Kolektif şiddet ise kendi içinde sosyal, politik ve ekonomik şiddet türlerine ayrılmaktadır (1,4). Kişiler arası şiddet türlerinden olan aile içi şiddet, günümüzde güncelliğini koruyan çok yaygın olan şiddet türü olmasına rağmen, çoğunlukla gizli tutulduğundan tespiti oldukça güçtür. Aile içi şiddet; aile içindeki fertlerden birinin yaşamına, beden ve ruhsal bütünlüğüne veya özgürlüğüne zor kullanılarak zarar verilmesidir (2,5). Bu şiddet türü yaygın olarak kadınlara uygulanmakta ve kadın sağlığını olumsuz biçimde etkilemektedir (3,6).

Birleşmiş Milletler (BM) Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'nde (1993) kadına yönelik şiddet; *"Cinsiyet temelli olup, kadını inciten, ona acı veren fiziksel, cinsel, zihinsel hasarla sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali bulunan davranışlar olup kamusal alanda ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan eylemlerin tümüdür"* şeklinde tanımlanmaktadır (7,8). Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi ise kadına yönelik şiddeti; *"Bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltile ya da orantısız bir şekilde kadınları*

etkileyen şiddet” olarak tanımlamaktadır (3,9). Kadına şiddet sadece eşlerince değil aynı zamanda çevrelerinde tanıdıkları ve tanımadıkları erkekler, hatta hemcinsleri yani çok geniş sosyal kitleyi içeren kişilerce uygulanmaktadır (10). Bu şiddet davranışları; fiziksel, sözel, duygusal/psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet şeklinde görülmektedir (11-13).

Dünya çapında toplumsal bir problem ve insan hakları ihlallerinden biri olan kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet çok yaygın bir şekilde varlığını sürdürmektedir (14). 2013 yılında DSÖ’nün yayınladığı raporun (kadına yönelik şiddetin küresel ve bölgesel tahminleri ve sağlığa etkileri) verilerine göre; dünyada kadınların %35’i partneri ya da partneri olmayan bir kişinin fiziksel veya cinsel şiddetine uğramaktadır. Dünya üzerinde gerçekleşen kadın cinayetlerinin %38’ini kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişiler işlemektedir (15). 2014 yılında Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde yapılan kadına yönelik şiddet araştırmasına göre; *“Her üç kadından biri 15 yaşından itibaren fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Aile içi şiddet vakalarının sadece %14’ü ve diğer şiddet vakalarının sadece %13’ü rapor edilmektedir. 15 yaş üstü her 10 kadından biri cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Her 20 kadından biri tecavüze uğramaktadır”* (16).

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de aile içi şiddet özellikle kadına uygulanan önemli bir sorundur (3,5,6,13). Türkiye’de kadına uygulanan aile içi şiddetin sebeplerini belirlemek için yapılan araştırmalar incelendiğinde de farklı çalışma bulgularına rastlanmaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde, TNSA- 2013’te kadınlara bir erkeğin eşine yönelik fiziksel şiddet uygulamasını sebep olarak gösterebileceği bazı durumları haklı bulup bulmadığına dair gerekçeler sunulmuştur. Bu durumlar şunlardır: *“kadın yemeği yaktığında”*, *“kadın eşine karşılık verdiğinde”*, *“kadın çocukları ihmal ettiğinde”*, *“kadın cinsel ilişkiyi reddettiğinde”* ve *“kadın eşine haber vermeden çıkarsa”*. Ülke genelinde, TNSA-2008’de kadınların %25’i fiziksel şiddet yaşanmasına ilişkin en az bir nedeni kabul ederken, bu oran TNSA-2013’te %13’e gerilemiştir. Kadınların çok az bir kısmının *“kadının yemeği yakması”* halinde fiziksel şiddet görmesini haklı bulduğu belirlenirken (%1), *“çocukları ihmal etmesi”* (%9) veya *“eşine karşılık vermesi”* (%6) gibi durumlar için, fiziksel şiddet görmesini haklı bulma oranı daha yüksek bulunmuştur (12). Kadına yönelik şiddetin görmezden gelinmesi, şiddetin dozunun artarak devam etmesine, kadının sosyal hayatın her alanında kendini güçsüz hissetmesine ve özgürlüğünün

kısıtlandığı hissiyle yaşamasına sebep olmaktadır. Bu durum, kadının kendi sağlığına olduğu gibi, çocuklarının sağlığına ve sağlık arama davranışına önemli ölçüde olumsuz yansımaktadır (12). Neticede şiddete maruz kalan kadın fiziksel ve psikolojik (yaralanmalar, sakatlıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, perinatal komplikasyonlar, intihar eğilimi, ilaç ve madde bağımlılığı, stres gibi) birçok sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır. Şiddete uğradığı için sağlığı bozulan kadınların, yaşam kaliteleri gittikçe kötüleşmekte olup neticede sağlık hizmetlerini kullanma oranları da artmaktadır (5,17). Mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış kadınlarla karşılaşma ve onlarla iletişime geçme olasılığı yüksek olan sağlık çalışanları ise, şiddete uğramış olanları belirleme ve onlara yardım etmede önemli konumdadır (6,18-20). Buna karşın şiddete uğramış kadınların çoğu sağlık kuruluşlarına başvurduğunda, sorununun şiddet sonucu geliştiğini söyleyememektedir. Bu nedenle kadına yönelik şiddetin belirlenmesi zorlaşmakta olup, kadına yönelik şiddet tıbbi kayıtlara daha az sayıda geçmektedir. Kadınlar genellikle fiziksel yaralanmaları tedavi edilerek evlerine gönderilmekte ve sonuç olarak sağlık kuruluşlarına daha ciddi yaralanmalarla tekrar başvurmalarına neden olabilmektedir (21). Bundan dolayı sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin bir sağlık problemi olduğunun ve bu konudaki mesleki rollerine ilişkin kendi tutumlarının farkında olması bu açıdan büyük önem taşımaktadır. Şiddete uğramış kadına yaklaşımlarında, kendi şiddet ile ilişkili tutumlarından etkilenmemeye gayret göstermelidir (22-24). Bu sebeple sağlık çalışanlarının kadına uygulanan şiddete ilişkin tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması, şiddete karşı farkındalık oluşturma ve şiddeti önleyebilmek açısından önemli olabileceği düşünülmektedir (24). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı olumlu/modern tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (17,18,24-29).

Sağlık çalışanları, etik ve mesleki ilkeler doğrultusunda şiddete uğramış kadını tanıyabilmeli, kendini suçlu hissetmeden sorunlarını dile getirebilmesi için cesaretlendirebilmelidir. Aynı zamanda şiddet gören kadınların mahremiyetini koruma, güvenliğini sağlama, şiddete yönelik bulguları iyi gözlemleme ve buna göre veri toplama, gerekli görülen durumlarda başka profesyonellere yönlendirme, sosyal kurumlar ve iletişim ağları ile ilgili rehberlik etme sorumluluklarını yerine getirebilmelidir. Böylelikle kadına uygulanan şiddet tanımlanabilecek, tedavi, destek ve rehabilitasyon hizmetleri hızlıca sağlanacaktır. Ayrıca sağlık çalışanları şiddetsiz bir toplum oluşmasına destek olabilmek için, şiddetin azaltılmasına yönelik önleme,

koruma ve erken müdahale gibi sorumlulukları da yerine getirerek buna katkı sağlamış olacaktır (22,23).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları ne yöndedir?

Sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddetin Tanımı

Literatürde şiddet kelime olarak, nedensiz bir şekilde çevresindeki kişilere veya nesnelere birden bire kontrolsüz ve aşırı bir biçimde zarar vermek, kişi üzerinde otorite kurarak istemediği şeyleri yapmak veya yaptırmaya zorlamak olarak tanımlanmaktadır (18,30). Geçmişten bugüne insan üzerinde birçok olumsuz etki yaratan şiddetin ortaya çıkışında psikolojik, çevresel, biyolojik, ekonomik, politik, toplumsal kültür gibi etmenler etkili olmaktadır (31). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre şiddet; *“Yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişimde bozukluk veya mahrumiyete yol açan veya yol açma olasılığı yüksek olan, kişinin kendisine, bir başkasına, bir gruba veya bir topluma yönelik olarak fiziksel kuvvetin veya gücün kasıtlı kullanılması veya tehdididir”* (1,21). Şiddetin temelinde nedeni ya da hangi biçimi olursa olsun güç dengesizliği söz konusudur. Şiddet, güçlü olanın güçsüz üzerinde baskı kurmak suretiyle isteklerini yaptırmaya dayalı gerçekleştirilen bir eylem olduğundan, yaşamın dengelerini bozan, toplum sağlığını tehdit eden ve olumsuz şekilde etkileyen bir davranış türüdür (22,32).

2.1.1. Aile içi şiddet

Aile içi şiddet; aile fertlerinden birinin aynı aileden bir başka ferdin yaşamsal faaliyetlerini tehlikeye sokan, özgürlüğünü kısıtlayarak kişiliğine ya da kişilik gelişimine zarar veren olumsuz davranış veya ihmallerin tümüdür (18,21,32). Birçok toplumda görülen aile içi şiddet, toplumdaki bireyler tarafından olağan bir durum olarak görülüp, normal kabul edilmektedir (33). Aile içinde şiddete uğrayan aile bireyleri genellikle kadın, çocuk ve yaşlılardır. Aile içi şiddeti şiddetin diğer türlerinden ayıran en önemli unsur devamlılık ihtimalinin çok yüksek olmasıdır. Şiddetin genellikle sorunları çözebileceği anlayışının hakim olması, aile içi şiddetin yaygınlığının artmasına sebep olmaktadır. Genç nesiller de, ebeveynlerinin evinde tanık oldukları problem çözme yöntemi olarak kullanılan şiddeti normal varsayıp, kendi evlilik yaşamlarında uygulamak suretiyle sürekliliğine neden olmaktadır (19). Aynı zamanda şiddete tanık olmuş kişilerin kendisi de şiddete maruz kalma, bu durumu engellemeye yönelik direnç göstermede çaresiz hissetme ve özgüven eksikliği gibi durumlar söz

konusudur (34). Bununla beraber ergenlik döneminde davranış bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı ve daha yüksek kaygı yaşama durumu görülebilir (35).

2.1.2. Kadına yönelik şiddet

BM Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'ne göre kadına yönelik şiddet; *“Cinsiyet temelli olup, kadını inciten, ona acı veren fiziksel, cinsel, zihinsel hasarla sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali bulunan davranışlar olup kamusal alanda ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan eylemlerin tümüdür”* şeklinde tanımlanmaktadır (7,8). Günümüzde kadına yönelik şiddet yaygın olarak, erkeğin kadına uyguladığı şiddet şeklinde görülmektedir (10,36). Bunun en önemli nedenini ise toplumdaki ataerkil anlayış oluşturmaktadır (36,37). Şiddetin genellikle kadına yöneltilmesinin sebebi aile içinde yaşanan ve pekiştirilerek öğrenilen bir davranış biçimi olmasının yanında toplumun toplumsal, hukuksal, politik, eğitim, ekonomik ve geleneksel yapısı içindeki cinsiyetçi yaklaşım ve kadını erkeğe bağımlı kılan sistemden kaynaklanmaktadır (36). Diğer yandan böyle toplumlarda yetişen kadınlar uğradıkları şiddet karşısında, yetiştirilme biçimlerinden kaynaklı şiddetin yaşamlarında olabileceğine kendilerini inandırmaktadırlar. Neticede şiddeti hak ettiklerini düşünüp sessiz kalmayı tercih ederek şiddetin hayatlarında normalleşmesine sebep olmaktadır (36,38). Kadına şiddet uygulanması, toplumun eşitlik, kalkınma, barış gibi hedeflerinin önünde engel teşkil etmekte olup kadını da değersizleştirmektedir. Kadının sosyal ve ekonomik statüsünün düşük olması, şiddete uğramasının sebep ve sonucu olarak gösterilmektedir (19).

2.1.2.1. Kadına yönelik şiddet türleri

Erkek, kadından istediği şeyleri elde etmek, kendisine itaat etmesini, bağımlı kalmasını sağlamak veya davranışlarını kontrol altında tutarak istediği şekilde yönlendirmek amacıyla farklı şiddet davranışları sergileyebilir (39). Bu şiddet davranışları; fiziksel, cinsel, ekonomik, sözel, duygusal/psikolojik, şiddet şeklinde ele alınmaktadır (11,13,20,22,40).

2.1.2.1.A. Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet, kadına yönelik kaba kuvvetin kullanması olarak tanımlanır (11,22,41-43). Burada kadının bedeni erkek tarafından bir cezalandırma objesi olarak görülmekte ve güç kullanarak karşısındakinin üzerinde egemenliğini sağlayarak, ona hükmetme, istediğini yaptırmak ve korkutmak için canını yakmayı hedefleyen davranışların tümünü kapsayan eylemlerdir (22,41). Fiziksel şiddeti kapsayan davranışlar; itmek, ısırarak, boğazlamak, eşya fırlatmak, sağlık kurumlarına gitmesine mani olmak, üzerinde sigara söndürmeye çalışmak gibi işkenceye varan davranışlar, dayak atmak, tokatlamak, silah ya da bıçakla saldırmak gibi durumlar sıralanabilir (11,20,22,30,42,44).

2.1.2.1.B. Sözel şiddet

Kişiyi korkutma, sindirme, cezalandırma ve etkisi altına almak amacıyla sözlerin incitici bir biçimde sarf edilmesidir. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişiyi incitmek için ağır hakaret ve sözlerle hitap etmek, kişiyi küçük düşürmek ve olumsuz eleştiriler yönelterek güvenini sarsmaktır (13,20,22,38).

2.1.2.1.C. Duygusal/Psikolojik şiddet

Duygusal şiddet, kişinin üzerinde baskı kurabilmek için duygularının incitilmesi ve duygusal gereksinimlerinin kasıtlı bir biçimde karşılanmaması aynı zamanda bunun bir tehdit unsuru olarak kullanılmasıdır (20,38,42,45,46). Duygusal şiddet, somut olarak kişi de fiziksel bulguların görülmemesine rağmen psikolojik ve ruhsal olarak yarattığı olumsuz etkiler nedeniyle tedavisi zor olan hastalıkların başında gelmektedir (13,36). Duygusal şiddetin amacı, kişinin kendine olan saygısını ve güvenini kaybettirerek kendini güçsüz ve yetersiz hissetmesine sebep olmaktır. Kişiyi saygı ve sevgi göstermeme, beceriksizlikle suçlayarak aşağılama, küçük düşürme, kişinin kendi hayatına dair umutlarını yok etmek, desteğe ihtiyaç duyduğu zor zamanlarda ilgi göstermemek, güzel anları paylaşmaktan kaçınmak, kişinin önemseydiği değerleri yok sayma, mesafeli davranma gibi örnekler, duygusal şiddet olarak nitelendirilir (42,45).

2.1.2.1.D. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet; kişi üzerinde otorite kurmak amacıyla maddi imkanların yaptırım ve tehdit unsuru olarak kullanılmasıdır (19,20,30,38,42,44,47,48). Ekonomik şiddet, ilişkide şiddet uygulayıcı erkeğin kontrolünü sağlama ve kadının ilişkiyi terk etmesini zorlaştırmak için kadının yiyecek, ulaşım, giyinme, barınma ve para gibi ihtiyaçları üzerinde baskı kurma, kadının kendine yeterli hale gelmesini önlemek, şeklinde uygulanmaktadır (30,42).

2.1.2.1.E. Cinsel şiddet

Uluslararası Af Örgütü (UAÖ)'nün 2009'da yaptığı tanımlamaya göre; “*Kadını kabul edemeyeceği şekilde, yerde ve zamanda cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel içerikli imalarda bulunmak, cinsel içerikli sözler söylemek, çocuk doğurmaya ya da tam tersine kürtaja zorlamak, fuhuşa zorlamak, cinsel organlara zarar vermek gibi eylemler cinsel şiddeti oluşturmaktadır*” (39). Kadını cinsel obje olarak görme, fazlasıyla kıskanç ve şüpheli davranmak, kadının cinsel ihtiyaçlarını görmezden gelmek, kadının cinsel performansını küçümsemek, cinselliği tehdit unsuru olarak kullanmak, farklı partnerlerle ilişki kurmak gibi davranışlar cinsel şiddet olarak değerlendirilir (11,13,18,38,42,46). Toplumda mahremiyet ve tabu olarak algılanan cinsel şiddet genellikle fiziksel şiddetle beraber görülüp, temelinde geleneksel kadın ve erkek cinsiyet rolleri yer almaktadır. Genellikle gizlendiği için tespiti çok güç olan cinsel şiddet, kadınların çoğu zaman konuşmaktan kaçındığı şiddet türüdür (49).

2.2. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi

Şiddet, kadınlar üzerinde ruhsal ya da fiziksel hasarlar meydana gelmesine sebep olmaktadır (18,19,50). Bu hasarlar şiddetin türüne, süresine, kadının şiddet karşısında çözüm arama yöntemine ve çevresinden gördüğü desteğe göre değişiklik göstermektedir. Şiddete uğrayan kadınlar öncelikle hissizlik ve ilerleyen zamanlarda bu eylemin tekrarlayacağı korkusunu yaşamaktadırlar. Bu durum sonuç olarak kadında ileride güven duygusunu yitirme, çaresiz ve umutsuz hissetme şeklinde kendini göstermektedir. Bu sebeple kadın işgücü kaybına uğramakta ve dolayısıyla kadının statüsünün de etkilenmesine neden olmaktadır (50).

Sağlık hakkı insanoğlunun en temel haklarından biridir. Dil, din, ırk, cinsiyet, ekonomik ve toplumsal ayırım gözetilmeden sağlık hizmetlerinden her insan faydalanabilmelidir. Fakat bu hizmetler kadınlar söz konusu olduğunda yetersiz kalmakta olup kadınlar ölümcül olmayan ya da ölümcül sonuçlar doğuran tehlikeli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (13,36,51). Şiddetin olumsuz etkileri; öldürücü sonuçlar (cinayet, intihar, anne ölümü, HIV/AIDS) ve öldürücü olmayan sonuçlar (fiziksel ve ruh sağlığı bozuklukları, kronik durumlar, üreme sağlığı, olumsuz sağlık davranışları) şeklinde sıralanabilir (21,22,52-54). Kadınların yoğun olarak maruz kaldıkları sağlık sorunu fiziksel sorunlardır. Fiziksel şiddet yaşayan kadınların vücutlarında meydana gelen yaralanmalar moraran gözler, kırıklar, beyin hasarları, yaralar şeklinde kendini göstermektedir. Şiddete uğrayan kadınların, şiddet görmeyen kadınlara oranla fiziksel bozukluklar yaşadıkları görülmüştür. Şiddet sonucu ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıklar ise ayrıca değerlendirilmesi ve önemsenmesi gereken bir olgudur. Fiziksel şiddet tespitlerinin bulunmadığı fakat uyku problemleri, adet düzensizlikleri, sinirlilik, yaşamdan zevk almama, depresyon gibi rahatsızlıkların varlığı, kadınların asosyal hale gelmelerine hatta kendi varlıklarına yabancılaşmalarına sebep olmaktadır (36).

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu

2.3.1. Dünya’da durum

Kadın şiddeti, günümüzde yaşanan en önemli insan hakları ihlallerindendir. Yapılan araştırmalar bu verileri doğrulamaktadır. 2013 yılında yayımlanan DSÖ raporu (kadına yönelik şiddetin küresel ve bölgesel tahminleri ve sağlığa etkileri) kadına yönelik şiddetin evrensel boyutlarını göstermektedir. Raporun sonucuna göre, dünya çapındaki kadınların %35’i ya partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete ya da partneri olmayan bir kişi tarafından cinsel şiddete uğramaktadır. Dünya genelinde kadın cinayetlerinin %38’inin kadınların partnerleri tarafından işlendiği belirlenmiştir. Partnerleri tarafından şiddete uğrayan kadınlar farklı sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır. Şiddet gören kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma oranı %16 olarak belirlenirken, şiddet görmüş olan kadınların, şiddet görmeyenlere göre neredeyse iki kat daha fazla kürtaj yaptırdığı ve ruhsal bunalıma girdiği saptanmıştır (15).

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Kadın - Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu'nun, "Kadına Yönelik Şiddet ve Dünya Gerçeği" adlı raporunda; Avrupa Birliği (AB) üyesi olan 28 ülkede, kadına yönelik şiddet ele alınmıştır. Bu raporda; "AB'de 15 yaşından büyük her 3 kadından 1'inin (yaklaşık 62 milyon) 'partnerleri ya da üçüncü erkeklerin' fiziksel ya da cinsel şiddetine maruz kaldığı ifade edilen raporda, % 8'inin ise fiziksel ve cinsel şiddeti son 12 ayda gördüğü belirtilmiştir. Avrupa'da şiddetin önlenmesine dönük sorunların başında, kadınların, uğradığı şiddeti resmi makamlara bildirmemesi gösterilmiştir. Rapora göre, AB'de kadının en çok şiddet gördüğü ülkeler Danimarka, Finlandiya ve İsveç iken, kadına şiddetin en az olduğu ülkeler ise Polonya, Avusturya ve Hırvatistan" olarak belirlenmiştir (44).

Othman, Azmi ve Adenan'ın çalışmasına göre, Malezya'da 15 yaşındaki kadınların %39'u eşleri ya da partnerlerinden fiziksel şiddet görmektedir. Malaya Üniversitesi Medikal Merkezi Kliniği'ne başvuran, her 7 kadın hastadan birinin şiddete maruz kaldığını belirlenmiştir (55). Krantz, Phuong, Larsson, Tuan ve Ringsberg'in, Vietnam'da 1090 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların %6-30'u eşi ya da partnerlerinin fiziksel ve cinsel şiddet uyguladıklarını ifade etmişlerdir (56). Guruge tarafından Sri Lanka'da yapılan çalışmada, kadına yönelik şiddetin yüksek olduğu, sağlık kuruluşlarında bunların sorgulanmadığı belirlenmiştir (57).

2.3.2. Türkiye'de durum

Dünyanın bir çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de birçok kadın, gizli yada aleni bir biçimde şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye'de aile içinde yaşanan problemlerin gizli kalması gerektiği görüşü yaygın olduğundan, şiddete uğrayan kadın yaşadıklarını paylaşamamakta olup, sorunlarını yalnız başına çözmeye çalışmakta ve çoğu kez bu sorunlarla baş etmekte çaresiz hissetmektedir (58). 2010 yılında Adalet Bakanlığı'ndan elde edilen verilere göre, son 7 yılda kadın cinayetleri %1400 artmış bulunmaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Komutanlığı'ndan alınan verilere göre, 2010 yılının sadece ilk 7 ayında 226 kadının öldürüldüğü belirlenmiştir. 'Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet' araştırmasının 2014 yılı araştırma sonuçlarına göre, ülke çapında kadınlara genellikle cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile birlikte uygulandığı belirlenmiştir. Aynı araştırmaya göre kadınların %36'sının hayatlarının farklı dönemlerinde fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenirken, evli kadınların %12'sinin

cinsel şiddet, %44'ünün duygusal şiddet, %30'unun ekonomik şiddete uğramış olduğu ve %38'inin ise iki şiddet türünden en az birine maruz kaldığı saptanmıştır (59).

Taşkale ve Soygüt'ün 2015 yılında Kadın Sığınma Evleri'nde kalan şiddet mağduru kadınlar ile yaptıkları çalışmada; şiddet mağduru kadınların %92.4'ünün fiziksel şiddete, %73.4'ünün duygusal şiddete, %84.8'inin sözel şiddete, %50.6'sının cinsel şiddete ve %58.2'sinin ekonomik şiddete uğradığı belirlenmiştir (60). Yanık'ın 2014 yılında Kırklareli merkezinde yaşayan kadınlarla yaptığı çalışmasında; en az bir şiddet türüne uğrayan kadınların oranı %43 olarak tespit edilmiş (10). Akalın'ın 2010 yılında Ankara'da kadına yönelik eş şiddet sıklığının incelenmesine yönelik yaptığı çalışmasında ise; kadınların %61,0'ının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (61). Yetim'in 2008 yılında Edirne'de erişkin kadınlarda eş şiddeti ve bunun sebep ve sonuçlarının belirlenmesi amacı ile yaptığı çalışmada; kadınların %61,4'ünün eş şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir (62). Tanrıverdi ve Şıpkın'ın 2008 yılında Çanakkale'de sağlık ocaklarına başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada; kadınların en sık uğradığı şiddet türünün duygusal şiddet olduğu ve % 80,9'unun evliliği boyunca eşinden en az bir defa şiddet görmüş olduğu belirlenmiştir (63). Ağçay'ın 2009 yılında Sakarya İlinde yaşayan kadınların şiddete uğrama ve uğradıkları şiddete karşı yasal sorumluluklarını bilme durumlarını ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada; kadınların %42.7'sinin eşleri tarafından fiziksel şiddet, %59.3'ünün duygusal şiddet, %22.8'inin cinsel şiddet gördüğü tespit edilmiştir (3).

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yasal Düzenlemeler

Geçmişten bugüne süre gelen ve toplumsal bir sorun olan kadın şiddeti ile ilgili gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde birçok kanuni düzenleme yapılmasına ve önlemler alınmasına rağmen kadına karşı şiddet gittikçe artarak kendini göstermektedir (64).

2.4.1. Uluslararası hukuk

Uluslararası sözleşmeler ile bugüne geline seviyede kadına yönelik şiddet, farklı toplum ve kültürlerde, gelir ve eğitim seviyesi fark etmeksizin hala tüm kadınların ortak sorunu olmaya devam etmektedir (65). Kadınlara yönelik şiddeti ve cinsiyet ayrımcılığını engellemeye yönelik yapılmış olan yasa ve anlaşmaların tüm Dünya'da kabul edilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir (20).

2.4.1.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

10 Aralık 1948 tarihinde BMGK'nın (Birleşmiş Milletler Genel Kurulu) ilan ettiği 'İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi' temel ve vazgeçilemez insan haklarının ortaya konduğu, bireylerin güven içinde ve özgürce bir hayat sürdürmesinin güvencesini sağlar nitelikte bir beyanname (50). Sözleşme ilk maddesi ile daha başında insan haklarına saygı yükümlülüğü ile sözleşmeciler tarafından bağlanmıştır. 8. maddede özel hayat ve aile hayatının korunması, 14. Madde de ise İnsan Hakları Beyannamesi'nde yer alan hak ve özgürlüklerden yararlanmakta ırk, din, dil, renk, cinsiyet vb. ayrımcılığının kaldırılarak yasaklanması amaçlanmıştır. Fakat sözleşmede cinsiyet ayrımcılığı ayrıca ele alınmamıştır. Yani ne 8. madde de, ne de 14. madde de kadını ve aileyi özel olarak korumayı amaçlayan bir düzenleme yoktur. Fakat sözleşmeciler tarafından bağlanan maddelerin hükümlerinde geçen 'herkes' ifadesi ayrıma mahal bırakmaksızın her insanın aynı haklara sahip olduğunu göstermektedir. 22 Kasım 1984 tarihli İnsan Hakları Sözleşmesine Ek 7 Nolu Protokolün "Eşler Arasında Eşitlik" başlıklı 5. Maddesi evlilik birliğinde kadının erkek karşısında korunmasını açıkça belirterek, bu konuda önemli bir ilerleme sağlamıştır (66).

2.4.1.2. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW)

Yasal düzenlemelere rağmen sadece cinsiyetsiz bir dilin kullanılmasıyla kadınların eşitliliğinin sağlanması, ayrımcılığın ortadan kaldırılmasının sağlanamayacağı anlaşılmıştır. Bunun gerçekleşmesi için yasal düzenlemelerin ve politik tedbirlerin alınmasının zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Kadın haklarının güvence altına alınması için yeni bir sözleşme oluşturmalarının zorunluluğu üzerine oluşan tartışmalar sonucunda İnsan Hakları Komisyonu bir taslak hazırlamıştır. Böylece Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Bildirgesi 1967 yılında kabul edilmiştir (65). CEDAW Türkiye tarafından 1985 yılında imzalanmış ve 19 Ocak 1986 yılında yürürlüğe girmiştir. 2010 yılı itibarıyla sözleşmeye taraf ülke sayısı 186'ya ulaşmıştır. Bu sözleşme kadınlara karşı ayrımcılığa karşı var olan tek yasal ve bağlayıcı belgedir. 1982 yılında bir uzmanlık komitesi olarak kurulan yapı, dünyanın çeşitli ülkelerinden gelen kadınlar konusunda uzman 23 kişiden oluşmaktadır (67).

2.4.1.3. Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge

Kadınlara Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Hakkında Bildiri (KKŞOKB), BM Genel Kurulu tarafından, 20.12.1993 tarihinde kabul edilmiş bir belgedir. İlgili belge bildiri formunda öne çıkarılmış olup bu belgenin hukuksal formu sözleşme değildir. Bu belge herhangi bir hukuki bağlayıcılığı olmasa da devletlerin iç hukuklarındaki düzenlemelerle bir yol gösterici olması aynı zamanda kadın şiddeti gerçeğinin uluslararası insan hakları hukuk düzenlemelerinde bir çerçeve oluşturulmasına katkı sağlamıştır (68).

2.4.1.4. İstanbul Sözleşmesi

İstanbul Sözleşmesi, İstanbul’da imzaya açılması sebebiyle bu adı taşımaktadır. “Kadına Yönelik Şiddetin ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Sözleşme” başlıklı sözleşme uluslararası hukukta bu konuda yaptırım gücü ve bağlayıcı özelliği olan ilk sözleşme niteliğindedir. Bu sözleşme 7 Nisan 2011 tarihinde Strazburg’ta Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi tarafından onaylanmış olup, 11 Mayıs 2011’de İstanbul’da imzaya sunulmuştur (69,70). Bu sözleşmenin en önemli özelliği kadın şiddetinin insan hakları ihlali olduğunun vurgulanması ve bağımsız bir denetim mekanizmasının kurulmasına yönelik düzenlemenin yapılmasıdır. Ayrıca sözleşmede kadına yönelik şiddetin kadın-erkek eşitsizliğinin sonucunda ortaya çıktığı belirtilmiştir. Türkiye, 13 ülkenin imzaladığı sözleşmeyi onaylayan ve imza atan ilk ülkedir (70,71).

İstanbul sözleşmesine göre;

- Şiddet uygulayan kişinin daha fazla şiddet uygulamasını engellemek amacıyla eğitim programları oluşturulacak.
- Şiddete uğrayan kadınlara ve çocuklarına güvenli barınma ve ulaşımı kolay sığınaklar hazırlamak üzere çalışmalar yapılacaktır.
- Cinsiyet eşitliği ve şiddetin her türü ile mücadele konuları resmi olarak eğitim ve öğretim içeriğine yerleştirilecek.
- Şiddet mağdurlarına danışmanlık yapılması amacıyla ülke genelinde her an ulaşılabilir, ücretsiz telefon destek hatları kurulacaktır.

- Şiddete maruz kalınmasına tanıklık edenlerin yetkili kuruluşlara ihbarda bulunmaları teşvik edilecek.
- Şiddete maruz kalanlara yönelik tıbbi ve adli muayene, rehabilitasyon ve danışmanlık desteği verilmesi için, tecavüz, kriz ve cinsel şiddet yönlendirme merkezleri oluşturulacak.
- Şiddet mağdurlarının tazminat almasının önü açılacak.
- Şiddete uğrayanların hukuksal başvuru hakkının sağlanması ve kolaylaştırılması sağlanacak.
- Emniyet güçleri şiddete uğrayanlar için yeterli ve acil koruma sağlayacak.
- Zorla yapılan evliliklerde kadının mali ve idari yük almaksızın evliliğinin fesh edilmesi, iptali veya bitirilmesi sağlanacak.
- Şiddet suçları şiddet gören kişinin şikayet ve ifadesine bağlı olmayacak. Şiddete uğrayan kişi tarafından şikayet geri çekilse bile soruşturma sonlandırılmayacak.
- Yetişkin veya çocuğu evlenmeye zorlamak suç sayılacak.
- Sözleşmeye taraf olan ülkeler kültür, örf , adet, din, gelenek veya namus gibi nedenleri şiddetin uygulanabilir sebepleri olarak kabul etmeyecek (69).

2.4.1.5. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme

1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde imzalanan bu sözleşmeye göre, 18 yaş altı tüm insanlar çocuk sayılmaktadır. Tek başına çocuğun şiddete maruz bırakılmasında değil aynı zamanda kötü muamele halinde de çocuğun korunmasını zorunlu kılar. Ayrıca çocuğun ruhsal ve bedensel olarak iyi yaşaması gerekliliği vurgulanır (72).

2.4.1.6. Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi, Cezalandırılması ve Ortadan Kaldırılmasına Dair Amerikan Devletleri Sözleşmesi (Belém do Pará Sözleşmesi) ve Afrika Kadın Hakları Protokolü

Bu sözleşmeler bölgesel sözleşmeler olmaları sebebiyle Türkiye açısından bir bağlayıcılığı bulunmamaktadır. Ancak özellikle Belém do Pará Sözleşmesi, kadına yönelik şiddete dair spesifik bir sözleşme olduğu için büyük önem taşımaktadır. Sözleşmenin ilk maddesinde kadına yönelik şiddet şu şekilde tanımlanmaktadır; *“Kamuya açık veya özel alanda, kadınların ölümüne veya cinsel, fiziksel, psikolojik*

olarak zarar görmesine veya ıstırap çekmesine sebep olan, cinsiyete dayalı her türlü fiil veya davranıştır”. (73)

Kadına yönelik şiddet Afrika Kadın Hakları Protokolü’nde ise şu başlıklarla ele alınmıştır;

- İnsan onuruna saygı hakkı.
- Bireyin hayat, güvenlik ve bütünlük hakkı.
- Zararlı veren uygulamaların sonlandırılması.
- Yaşlı kadınların özel olarak korunması.
- Engelli kadınların özel olarak korunması.

Yukarıda sıralanan başlıklar altında cinsel şiddet, fiziksel şiddet, kadın sünneti ve kadın ticareti gibi konular farklı şekillerde ele alınmaktadır (73).

2.4.2. Ulusal mevzuat

Anayasa, Medeni Hukuk, Türk Ceza Kanunu gibi birçok yasa üzerinde özellikle 2000’li yıllarda başlayarak pek çok değişiklik yapılarak, kadına yönelik şiddetin önlenmesinde yasal alt yapı kuvvetlendirilmiştir. Bu değişikliklerde özellikle sivil toplum örgütlerinin, devletin kurum ve kuruluşlarının kadına yönelik şiddeti gündeme getirmeleri etkili olmuştur (64). Ulusal mevzuatta yer alan Anayasa, Medeni Kanun, Ceza Kanunu, Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 sayılı Kanun) gibi kanunlarda cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır (8,13).

2.4.2.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Kadın-erkek eşitsizliğinin şiddetin temel nedeni olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’ndaki eşitlik ilkesi ile alakalı düzenlenmeler önem kazanmaktadır. Çünkü anayasada kadına yönelik şiddete dair bir düzenleme bulunmamaktadır (13). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na göre vatandaşlar arasında cinsiyet ayrımcılığı yapılmaz. 07.11.1982 tarihli ve 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 10. Maddede, tüm vatandaşların kanunlar nezdinde eşit olduğu ve ayrımcılığa sebep olmayacak durumların neler olduğu açıkça belirtilmiştir. Ayrımcılık

yapılamayacak durumlardan biri de cinsiyettir. Anayasa’da ‘Ailenin Korunması’ başlığı altında bulunan 41. Madde 2001’de gerçekleştirilen değişiklikle aile; “*Eşler arası eşitlik temeline dayanan toplumsal bir yapı*” olarak tanımlanmıştır (74). Yine aynı madde devlete özellikle anne ve çocukların korunması, ailenin huzur ve refahı, aile planlaması ve öğretimi ile ilgili teşkilatları oluşturmak görevini vermiştir (21). Ayrıca T.C. Anayasası’nın 17. maddesinde; “*Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz, kimse insan onuruyla bağdaşmayan bir ceza veya uygulamaya maruz bırakılamaz.*” ibaresi bulunmaktadır (75).

2.4.2.2. Türk Medeni Kanunu

Cumhuriyet dönemi kadın-erkek ilişkisinin medeni bir noktaya taşınmasında Medeni Kanun’un kabulü (1926) büyük önem taşımaktadır. Kadın gerçek anlamda şahsi kimliğine bu dönemde sahip olmuştur. Medeni Kanun’un kabulü ile haklar ve ödevler bakımından kadın-erkek eşitliği sağlanmıştır. Kadının ekonomik özgürlüğünü sağlaması hususunda önünde bir engel olarak bulunan eşinden izin alma şartı ise 2002 yılında Medeni Kanun’da yapılan değişiklik ortadan kaldırılmıştır (51).

Aile içi şiddetin önlenmesi, şiddet mağdurlarının korunmasına yönelik evlilik ve boşanma dönemlerinde kullanılabilecek birçok düzenleme yeni Medeni Kanun’da mevcuttur (76). Türk Medeni Kanunu (TMK) 162/1. Maddesinde; “*Eşlerden her biri diğeri tarafından hayatına kastedilmesi veya kendisine pek kötü davranılması ya da ağır derecede onur kırıcı davranışta bulunulması sebebiyle boşanma davası açabilir.*” hükmü ile karı-koca arasında doğan şiddetin boşanma için geçerli ve yeterli bir sebep olduğu açıkça belirtilmiştir (4721 Sayılı TMK) (77). Ayrıca TMK’nın 124. Maddesinde kadın, erkek ayırmaksızın on yedi yaşını doldurmamış kişilere evlilik izni vermemektedir. Fakat olağanüstü durumlarda hakim, on altı yaşını doldurmuş kişilere ana-baba veya vasi görüşü alınarak evlenme izni verebilir. Bu durumlar dışında küçük yaşta yapılan evlilikler çocuk istismarı oluşturduğundan Ceza Kanunu’nda belirtilen ceza hükümlerince yargılanırlar (13). Bunların dışında aile konutu ile ilgili düzenlemelerde TMK’da bulunmaktadır. TMK’nın 194. Maddesinde eşlerin karşılıklı rızası olmadan kira sözleşmesi feshedilemez, ailenin kullandığı konut devredilemez veya konut üzerindeki karşılıklı haklar sınırlandırılmaz. Taşınmaz malların sahibi olmayan eş, tapu kütüğünde konut ile ilgili aile konutu şerhi konulmasını talep edebilir. Konutun

kira olması halinde sözleşmede taraf olmayan eş konut sahibine bildirimde bulunarak sözleşmenin tarafı haline gelebilir ve diğer eşle birlikte sorumluluk alır (13,77).

2.4.2.3. Türk Ceza Kanunu

1 Haziran 2005'te yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu'na göre önceki ceza yasasında bulunan tecavüz, bekaret kontrolleri, cinayet gibi suçlarda karşılaşılan indirim ya da ceza muafiyetleri hükümleri yeni yasada yer almamıştır. Bu düzenlemede sivil toplum örgütlerinin özellikle de kadın örgütlerinin çalışmaları etkili olmuştur. Ayrıca fertler arası her türlü ayrımcılık (inanç, etnisite, cinsiyet...) yapılarak mal ve hizmetlere erişim engeli cezai müeyyideyi gerektiren hususlar olarak öne çıkmıştır (76).

2.4.2.4. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 sayılı kanun)

Türkiye'de aile içi şiddet hukuksal bir metinde ilk defa 1998 yılında, Ailenin Korunmasına Yönelik Kanun ile yer bulmuştur. Bu düzenleme ile aile içi şiddetin önlenmesi güvenceye alınmıştır (67). 1998'de kabul edilen 4320 sayılı kanunla aileyi koruma kapsamı sadece aile fertlerini kapsayacak şekilde yetersiz tutulmuştur. Bu kanuna göre aile içi şiddette uğramış olan eşler, çocuklar, diğer aile fertleri, mahkeme tarafından ayrılma hükmü verilenler, kanunen ayrı yaşama hakkı olanlar ve boşanmadıkları halde ayrı yaşayanlar korumadan faydalanabiliyorlardı. 8 Mart 2012'de çıkarılarak 20 Mart 2012'de uygulamaya giren 6284 sayılı kanun ile koruma kapsamı evlilik bağının olup olmaması gözetilmeksizin aile içi veya aile dışında gerçekleşen şiddetten mağdur olan kişilerde ele alınarak kapsam genişletilmiştir. Ayrıca 4320 sayılı kanunda sadece fiziksel şiddet ele alınmış, daha sonra 2008 tarihli yönetmelikte farklı şiddet türlerine işaret edilmiştir. Daha sonra 6284 sayılı kanun şiddet türlerinin kapsamını genişleterek psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet türlerine net şekilde yer vermiştir (78). Böylelikle 4320 sayılı kanun 1998-2012 seneleri arasında yürürlükte kalmış olup, son dönemlerde artan şiddet olayları, sivil toplum baskısı ve bu kanunun uygulamasındaki bazı zorluklar yeni kanun çıkması durumunu zorunlu hale getirmiştir. Ve böylece 6284 tarihli kanun ortaya çıkmıştır (69). Kanunun amacı, tek başına şiddet mağdurunu veya şiddete maruz kalma ihtimalini düşündüğü bireyleri korumak değil aynı zamanda şiddet uygulayan tarafı da rehabilite etmektir (79).

2.5. Şiddete Uğrayan Kadınlara Hizmet Veren Kurumlar

2.5.1. Resmi statüdeki devlet kurum ve kuruluşları

2.5.1.1. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü

Başbakanlığa bağlı olan bu kurum ‘2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu’ ile 27 Mayıs 1983 tarihinde kurulmuştur. SHÇEK çocuklara, yaşlılara, kadınlara ve engellilere toplum merkezleri ve kadın misafirhaneleri aracılığıyla hizmet vermektedir. Kurum ayrıca ayni ve nakdi yardım da yapmaktadır. Sorumlusu bulunduğu alanlara yönelik araştırmalarda yapmaktadır (80). Ayrıca Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Alo 183 çağrı merkezi kurulmuştur. Alo 183 Sosyal Destek Hattının kuruluş amacı aile, kadın, çocuk, yaşlı, engelli, şehit ve gazi yakınlarına rehberlik ve danışma hizmeti verilmektedir. Kadına yönelik şiddet, ihmal, istismar olayları veya namus, töre cinayetlerinin önlenmesi amacıyla ihbarlar alınmakta durumun ciddiyetine göre olayın yaşandığı il de görevli acil müdahale ekip yetkilisine ve/veya kolluk güçlerine haber verilmektedir (81).

2.5.1.2. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün görevleri:

- Başta yasal çalışmalar olmak üzere, iş birliğine dayalı çalışmalar yaparak, kadına yönelik her türlü şiddetin önlenmesini sağlamak.
- Kadınlara için eğitici, koruyucu, önleyici, iyileştirmeye yönelik sosyal hizmet etkinlikleri koordine edip, yürütmek.
- Kadına yönelik şiddet ile ilgili başka kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülen çalışmalara destek olmak.
- Konferans ve seminerler düzenleyerek, proje üretip kampanyalar yürütmek (82).

2.5.1.3. Aile Araştırma Kurumu (AAK)

29.12.1989 tarih ve 396 sayılı kanun hükmündeki kararnameye göre Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun kuruluş amacı; aile ile ilgili ulusal bir politika oluşmasına destek olmak için, Türk aile yapısının bütünlüğünün korunarak, güçlendirilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda sosyal refahını arttırabilmek için araştırmalar yapmak,

projeler geliştirmek ve uygulamaya konulmasına yardımcı olmaktır. Kuruluş amacından anlaşılacağı üzere, sosyolojik anlamıyla aile kurumunun devlet teşkilatı içinde de bir karşılığının olması gerekliliği ön plana çıkmaktadır (83).

2.5.1.4. Kadın sığınma evleri

Ülkemizde kadın sığınma evleri, kadına uygulanan şiddete yönelik yürütölen kurumsallaşma çabalarını gerçekleştirdiği kuruluşlardır. şiddet gören kadınlar şiddete uğradıkları durumlarda çocuklarıyla birlikte sığınıp korunabilecekleri bir yer olmadığı için de çaresiz hissetmektedirler. Bu sebepten ötürü evliliği sürdürme zorunluluğunun ortadan kalkması için sığınma evlerinin açılması zaman içinde gerekli hale gelmiştir (9). Kadın Konukevlerinin işlevine değinecek olursak, şiddet ya da istismara uğrayan kadınların, korunması, ekonomik ve psiko-sosyal problemlerinin özölmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması için varsa çocukları ile beraber kadınların geçici süre ile barınabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlara kabul edilmek isteyen kadınlar İl Müdürlüklerine, şÖNİM'lere (şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri), sağlık ve sivil toplum kuruluşlarına, adli makamlara veya kolluk kuvvetlerine başvuru yaptıktan sonra başvuruları, şÖNİM, şÖNİM'lerin bulunmadığı şehirlerde ise Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından değerlendirilip kabul edilen kadının burada kalma süresi kabulünden itibaren altı ay olarak belirlenir. Kadın konukevinde kalan kadınlara ve varsa yanındaki çocuklarına hiçbir geliri olmaması ya da var olan gelirinin ihtiyaçlarını gidermek noktasında yetersiz olduğu belirlenenlere gerekli ihtiyaçlarının karşılanması için (eğitim, giyecek, yol ve tedavi gibi) bütçe olanakları dahilinde yardım sağlanmaktadır (82).

2.5.2. Gönüllü kadın kuruluşları ve yerel yönetimler

2.5.2.1. Mor atı Vakfı

Mor atı Kadın Sığınağı Vakfı, kadınlar tarafından 1990 senesinde kurulmuş olup, vakıfa T.C. Hükümeti Kadın, Aile ve Sosyal Hizmetlerden Sorumlu Devlet Bakanlığı fonlarından 1993 yılında ekonomik olanaklar sağlanmıştır. Mor atı Kadın Sığınağı Vakfına bağlı olarak, İstanbul'da Kadın Danışma Merkezi ve 1995'de Kadın Sığınağı açılmıştır. Kadın Danışma Merkezi'ne başvuran kadınlara psikolojik ve hukuksal

danışmanlığın yanı sıra, iş bulmaya yönelik beceri ve meslek eğitimi konusunda destek verilerek, barınma istemlerine yönelik ihtiyaçları da karşılanmaktadır (30).

2.5.2.2. Kadın Dayanışma Vakfı

Bir sivil toplum örgütü olan Kadın Dayanışma Vakfı, 1993'te kurulmuştur. Vakıf özellikle aile içi şiddet olmak üzere her türlü şiddete karşı kadın dayanışması yoluyla mücadeleyi amaçlar. Bağımsız bir kuruluş olan vakıf, kadına yönelik şiddeti kamuoyuna ve medyaya yönelik çalışmalar yaparak kadınların insan hakları konusunda baskı oluşturup, şiddeti sona erdirmeye yönelik katkı sağlamaktadır. Danışma merkezine gelen kadınlara, meslek elemanlarına ve vakıf gönüllülerine aile içi şiddet konusunda eğitim programları sağlayarak, bilinç yükseltmeye yönelik katkı sunmaktadır. Vakıf farklı kurum, kuruluş, bireysel bağışlar ve üyelerin katkılarıyla maddi kaynak oluşturmaktadır (84).

2.5.2.3. Kadın merkezi

Kadın Danışma Merkezinde sunulan hizmetler;

- Aile içinde şiddete uğrayan kadınların başvurularını kabul ederek, çözüm noktasında destek olmak.
- Kadınlara psikolojik destek sunmak ve dayanışma toplantıları (kadınların bir arada sorunlarını paylaştığı, ortak çözümler aradığı) düzenlemek.
- Hastane, karakol, savcılık, sosyal hizmetler gibi kurumlara başvuru yapmalarını sağlamak.
- Hukuksal sorunlar konusunda danışmanlık almaları için yardımcı olmak.
- Kadınları, meslek edinme kurslarına yönlendirmeye çalışmak.
- Aile içi şiddetle ilgili araştırmalar yaparak konu ile ilgili kamuoyu oluşturmaya çalışmak (85).

2.5.2.4. Yerel yönetimler

Belediyeler, yerel yönetimler içinde kadınlara hizmet sunan en önemli kurumlar olup, kadınlara ekonomik destek sağlayabildiği gibi, ücretsiz hukuksal, tıbbi ve psikolojik

destekler de sağlamaktadır (82). Nüfusu 100 bini aşan belediyelere sığınma evi açma yükümlülüğü (5393 sayılı Belediye Kanunu kapsamında) getirilmiştir. 2010/10 No'lu İçişleri Bakanlığı Genelgesi (Kadın ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi) ile tüm yerel politika ve hizmetlerin cinsiyete duyarlı hale getirilmesi gerektiği, yerel yönetimlerin bünyelerinde kadın-erkek eşitlik komisyonları oluşturulması ve kadına yönelik şiddetin önlenmesi için gerekli hizmetlerin sunulması amaçlanmıştır (82).

2.6. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Hukuki Yükümlülükleri ve Rolü

Sağlık çalışanları için İstanbul Sözleşmesi'nin özellikle 20. ve 25. Maddeleri büyük önem taşımaktadır. 20. Madde ile şiddete uğrayan mağdurların devlet tarafından, hızla iyileşebilmeleri için sağlık ve sosyal hizmetlere kolayca ulaşmalarının sağlanması ve gerekli tüm önlemlerin alınması gerekliliği üzerinde durulmuştur. 25. Madde de ise; cinsel şiddete uğrayan mağdurlar ile ilgili olup, mağdurların muayenesi, travma sonrası danışmanlık hizmeti verebilecek kriz merkezleri yada cinsel destek sevk merkezlerinin kurulması gerekliliği vurgulanmıştır (69,86). 6284 sayılı kanunun 7. maddesinde, şiddet ya da şiddet uygulanma tehlikesinin olduğu durumlarda herkesin bu durumu yetkili mercilere ve resmi makamlara ihbar edebileceği ve bu durumda kamu görevlilerinin yasal yükümlülüklerini geciktirmeden yerine getirme ve konuyla ilgili yetkililere haber vermesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca TCK'nın 280. maddesi gereğince, sağlık çalışanlarının şiddet mağdurunun durumunu yetkili makamlara bildirmemesi halinde bir seneye kadar hapis cezası ile cezalandırılabilmesi belirtilmiştir. Bu kanun maddelerinden ötürü sağlık çalışanları, bir taraftan şiddet mağduruna mesleki etik ilkeler doğrultusunda bu sırrı saklayarak müdahalede bulunmak ile yasal açıdan mesleki yükümlülüğünü yerine getirmek arasında kalmaktadır. Bu durumda ihbar yükümlülüğü mesleki etiğin önünde set oluşturmaktadır (86).

Sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelleri, özellikle de doktor ve hemşireler, şiddete uğrayan kadınların genellikle ilk karşılaştıkları kişiler olmalarından ötürü çok önemli konumdalardır (6,18-20). Aynı şekilde özellikle üreme ve ana çocuk sağlığı, doğum öncesi ve sonrası tıbbi bakım hizmetleri veren sağlık çalışanları Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne (2001) göre, aile içi şiddeti azaltma ve önlemede önemli role

sahiptirler (6). Kurumlarda aile içi şiddet görüşmesinin yapılması ve şiddetin sorgulanması gereken bazı durumlar vardır. Kadının şiddetin sebep olduğu bir sağlık sorunu ile sağlık kurumuna başvurması, yapılan aile içi şiddet taramasında son bir ay içerisinde şiddet görüldüğünün ya da şiddet riskinin fark edildiği durumlarda ve kuruma başvuran kadının şiddete uğramış olabileceğini düşündürecek belirti ve bulguların olması halinde şiddetin sorgulanması gerekmektedir (87). Bu görüşmelerin yapılmasının amaçları; şiddet öyküsünü alarak risk değerlendirmesi yapmak ve şiddete uğrayan kişiye yardımcı olmak için güvenlik planı geliştirerek yasal hakları ve yararlanabileceği destek mekanizmaları hakkında bilgi vermektir (87,88). Bu tür işlemler son derece hassasiyetle yürütülmelidir. Çünkü böyle durumlarda bazı kadınlar yaşadıklarını paylaştığı için rahatladığını hissederken bazıları ise bu durumdan fazlasıyla rahatsızlık hissedebilmektedir. Özellikle ülkemizdeki kadınların sıkıntılarını dile getirme noktasında geri planda durmayı tercih ettiği göz önünde bulundurulursa, bu gibi durumlarda fazlasıyla utanç, kaygı ve öfke gibi duyguları üst seviyelerde yaşayabileceği göz ardı edilmemelidir (87). Bununla beraber toplum baskısı nedeniyle karşılaştığı zorluklardan ötürü şiddete uğrayan kadınlar hastane ya da diğer kurumlara başvurmak konusunda ya geç kalmakta ya da çoğu kez vazgeçmektedir. Şiddet gören kadın sağlık çalışanına ulaşana dek tıbbi olarak kaydedilmesi gereken birçok fiziksel bulgu kaybolmakta ve geriye şiddetin kadında yarattığı ruhsal travma kalmaktadır ve bunun tespiti oldukça zordur. Burada ayrıntılı bir şekilde yapılacak fizik muayenenin ve iyi alınmış anamnezin önemi ortaya çıkmaktadır (89). Bu yüzden sağlık çalışanlarının şiddet bulgularını iyi tanınması, şiddete maruz kalan kadınları daha erken ve kolay bir şekilde tespit etmesine ve gerekli yasal prosedürleri uygulamasına olanak sağlamaktadır. Bu prosedürler uygulanırken en önemli adım bildirimlerin kısa bir sürede yapılmasıdır. Bu nedenle bildirim yapılması gereken kurum ve kuruluşların farkında olunması ve şiddet mağdurunu uygun adli ve sosyal birimlere yönlendirmek gerekmektedir. Bölgede rahat ulaşılabilecek bir aile içi şiddet programı yok ise Ulusal Aile İçi Şiddet Hattı, sağlık çalışanı ya da şiddet gören kişi tarafından aranılabilir (90). Ülkemiz de Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı'na 0212 656 96 96 numaralı hattan ulaşılabilir (81). Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarının şiddeti değerlendirirken dikkat etmesi gereken bir takım ilkeler mevcuttur (Sağlık Bakanlığı 2005);

- Mahremiyete özen gösterilmelidir. Görüşmeler gizlilik içinde, ailenin diğer fertleri olmadan yapılmalı ve şiddet gören kişinin izni olmadan diğer

meslektaşlarla konu paylaşılmamalı, kendisi kabul etmeden polise haber verilmemelidir. Bu mağdurun güvenliğini sağlamakla birlikte sağlık personeline karşı güven duyması için önemlidir.

- Şiddet gören kişinin yaşadıklarına inanılmalıdır. Birçok kadının benzer olaylar yaşadığı göz önünde bulundurularak, yaşadığı duyguların normal olduğu kabul edilmeli ve yalnız olmadığı hissettirilmelidir.
- Yaşanan haksızlığın farkında olunmalıdır. Yaşadıklarından kendisinin sorumlu olmadığı gibi bu durumu hiç kimsenin hak etmediği unutulmamalıdır.
- Özerkliğine saygı duyulmalıdır. Kendini hazır hissetmediği müddetçe, yetkili kurum ve kuruluşlara haber verilmemeli ancak bu öneride bulunulmalıdır.
- Daha güvende olmak için gelecekle ilgili yapacağı planlar hususunda yardımcı olunmalıdır. Daha önce bir acil durum planlaması düzenleyip düzenlemediğini, düzenlediyse bile işe yarayıp yaramadığı öğrenilmeli ve yol göstererek planlama yapmasına yardımcı olunmalıdır.
- Yaşadığı bölgede yararlanabileceği hizmetler konusunda bilgilendirilmelidir. Bölgede şiddete uğrayan kadınlar için destek hizmeti sağlayacak kurum-kuruluş olup olmadığı araştırılmalı ve kadın bu konuyla ilgili aydınlatılmalıdır.
- Şiddete uğrayan kişinin davranış biçimlerinin farkında olunmalıdır (19).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Diyarbakır ili Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır. Diyarbakır ilinde Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam beş hastane bulunmaktadır. Hastaneler sıralandıktan sonra basit tesadüfi sayılar tablosundan (91), yararlanarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi araştırmanın uygulama yeri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın uygulandığı Diyarbakır ili Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1974 yılında hizmete açılmıştır. Bu hastane; ana bina, kardiyoloji, çocuk ve onkoloji ve acil ek binalarından oluşmaktadır. Toplam 1218 yatak kapasitesi ile bölge halkına hizmet vermektedir. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İstatistik Birimi 2017 yılı verilerine göre; 748 hemşire, 350 hekim hastanede görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Diyarbakır ili Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının tamamı oluşturmaktadır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İstatistik Birimi 2017 yılı verilerine göre; 748 hemşire, 350 hekim olmak üzere toplam 1098 sağlık çalışanı hastanede görev yapmaktadır. Araştırmanın örnekleme alınacak sağlık çalışanlarının sayısını bulmak için evreni bilinenden örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır (92). Bu formüle göre;

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

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (1098)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$n = \frac{(1098) (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (1098-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} = 285 \text{ kişi}$$

Formülden elde edilen sonuca göre %95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile araştırmanın örneklemine 285 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Ancak, sağlık çalışanlarının sayısının fazla olmasının istatistiksel analizler açısından yararlı olacağı düşünülerek 308 sağlık personelinin örneklem alınmasına karar verilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması

Bu araştırmada veri toplama araçları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır (18-20, 22,30,38). Aynı zamanda veri toplama araçlarının hazırlanmasında Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (*,**,*), alanında uzman kişilerin¹ görüşlerinden de yararlanılmıştır. Veri toplama araçları iki bölümden oluşmaktadır.

¹ *Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
 ** Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay Yılmaz, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD
 *** Dr. Öğrt. Üyesi Fatma Koruk, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

3.4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine; (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek ve meslekte çalışma süresine) yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde; sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlere yönelik sorular (mezun olunan okulda şiddete yönelik eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu, meslek yaşamı sırasında şiddete yönelik hizmet içi eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu, şiddet olgusu ile karşılaşma durumu, şiddete ilişkin bildirim yapma durumu, şiddete tanıklık etmenin mesleki yaklaşımını etkileme durumu) yer almaktadır (Ek 1).

3.4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (SÇKŞTÖ) kullanılmıştır. Ölçek, Dickson ve Tutty tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Halk sağlığı hemşirelerinin aile içinde kadına yönelik şiddetle ilgili tutumlarını belirlemek için geliştirilen ölçek, daha sonra 2007 yılında Gutmanis ve arkadaşları tarafından yılında bazı maddelerde değişiklik yapılarak hekim ve hemşirelere uyarlanmak üzere yeniden yapılandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Biçici Gezgini tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek 42 soruluk 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek; "hazır hissetme, kendine güven, uygulayıcının kontrol eksikliği, konuyu açmada rahatlık, profesyonel destekler, uygulamadaki engeller, şiddet araştırması ve uygulayıcının sonuçları sorgulaması" alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek uygulanmadan önce sağlık personellerine bir senaryo verilip okumaları sağlanmaktadır. Bu çalışmada kullanılan SÇKŞTÖ'ne verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Ölçekte yer alan maddeler “kesinlikle katılıyorum- 1 puan, katılıyorum- 2 puan, katılmıyorum- 3 puan ve kesinlikle katılmıyorum- 4 puan” şeklinde puanlanmıştır.

Sağlık personellerinin ölçekten alabilecekleri maksimum puan "168", minimum puan ise "42" dir. Ölçeğin kesme puanı "84" tür. Ölçekten alınan en yüksek puan sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu, en düşük puan ise sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) değeri 0.66, güvenirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.4.2. Anket formunun ön uygulaması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 03-10 Ocak 2018 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Bu araştırmada, anket formunun ön uygulamasına araştırma kapsamı dışında bırakılan 20 sağlık çalışanı alınmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, formda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veri toplama araçları Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş olup yazılı izinleri alınmıştır (Ek 3).

Araştırma süresince sağlık çalışanlarının istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş adresi, e-mail adresi, ev ve cep telefonu numaraları sağlık çalışanlarına verilmiştir.

Araştırmanın örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanlarına, anket formu ile SÇKŞTÖ 15 Ocak- 23 Mart 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Sağlık çalışanlarının veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır.

3.4.4. Araştırmanın etik boyutu

Bu araştırmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek4). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'na başvurularak araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni (23/06/2017-Sayı 135) alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın veri toplama formları uygulanmadan önce sağlık çalışanlarından sözel ve yazılı onam alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılacak sağlık çalışanlarının belirlenmesinde gönüllük prensibi temel alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak “sözel onam” ve “Aydınlatılmış Onam”, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" gönüllü olarak katılmak isteyenlerin araştırma kapsamına alınmasıyla "Özerkliğe Saygı" ve genel olarak "Zarar Vermeme /Yarar Sağlama" etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 25.0 bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken, SÇKŞTÖ puanları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayıları kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının ölçekten aldığı puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorov-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren puanları; t testi (independent samples t-testi), Oneway Anova testi ile değerlendirilmiştir.

3.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları ve genellenebilirliği

Araştırmanın sonuçları sadece uygulamanın yapıldığı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları ile genellenebilir.

4. BULGULAR

Diyarbakır ili Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının, kadına yönelik eş şiddeti karşısında tutum ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, 308 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç grup altında verilmiştir.

- 1. Grup:** Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,
- 2. Grup:** Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tutumlarını Etkileyebilecek Bazı Bağımsız Değişkenlere İlişkin Bulgular,
- 3. Grup:** Sağlık Çalışanlarının SÇKŞTÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamaları ve SÇKŞTÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Kadına Yönelik Eş Şiddetini Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri (n=308)	Sayı	%
Yaş		
19-24 yaş	45	14.6
25-29 yaş	98	31.8
30-34 yaş	78	25.3
35-39 yaş	50	16.2
40 yaş ve üzeri	37	12.1
Cinsiyet		
Kadın	174	56.5
Erkek	134	43.5
Öğrenim Düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	65	21.1
Ön lisans mezunu	49	15.9
Lisans mezunu	142	46.2
Lisans üstü mezunu	52	16.8
Medeni Durum		
Evli	172	55.8
Bekar	136	44.2
Meslek		
Meslek		
Hekim	68	22.4
Hemşire	240	77.6
Çalışma Süresi		
1-10 yıl	225	73.0
11-20 yıl	60	19.5
20 yıl ve üzeri	23	7.5

Tablo 4.1.1’de sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 31.00 ± 6.60 olduğu ve sağlık çalışanlarının %31.8’inin 25-29 yaş grubunda oldukları ve %56.5’nin kadın oldukları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, %46.2'sinin lisans mezunu, , %77.6'sının hemşire, %55.8'nin evli olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma sürelerinin (yıl) ortalamasının 8.50 ± 6.60 olduğu ve sağlık çalışanlarının %73'ünün 1-10 yıl süre ile çalıştığı belirlenmiştir

4.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tutumlarını Etkileyebilecek Bazı Bağımsız Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Eğitim Alma ve Şiddet ile Karşılaşma Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Sağlık Çalışanlarının Bazı Özellikleri (n=308)	Sayı	%
Şiddete İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Alan	111	36.0
Almayan	197	64.0
Alınan Eğitimin Yeterli Olma Durumu *(n=111)		
Yeterli	39	35.2
Yetersiz	18	16.2
Kısmen Yeterli	54	48.6
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu		
Alan	64	20.8
Almayan	244	79.2
Alınan Eğitimin Yeterli Olma Durumu **(n=64)		
Yeterli	28	43.8
Yetersiz	6	9.3
Kısmen Yeterli	30	46.9
Çalışma Yaşamında Şiddet İle Karşılaşma Durumu		
Şiddete tanık olan	201	65.3
Şiddete tanık olmayan	107	34.7
Şiddete Yönelik Bildirim Yapma Durumu		
Evet	163	52.9
Hayır	35	11.4
Şiddetin Özelliğine Göre Karar Veren***	110	35.7

* Bu soruyu öğrenim süresince şiddete ilişkin eğitim alan kişiler cevaplamıştır.

** Bu soruyu meslek yaşamında şiddete ilişkin eğitim alanlar cevaplamıştır.

*** Bu seçeneği şiddetin fiziksel olarak belirgin olduğu durumlarda bildirim yapacağını belirten kişiler cevaplamıştır.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma ve şiddet olgusuyla karşılaşma durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %64'ünün öğrenim süreleri boyunca şiddete ilişkin eğitim almadıkları belirlenmiş olup, %48.6'sının aldıkları eğitimin kısmen yeterli olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının %79.2'sinin meslek yaşamlarında şiddete ilişkin hizmet içi eğitim almadıkları ve eğitim alanların %46.9'unun aldıkları eğitimin kısmen yeterli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %65,3'ünün iş yaşamları süresince kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı, şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşanların %52.9'unun bildirim yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Konusuna Yaklaşımlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Sağlık Çalışanlarının Şiddet Konusuna Yaklaşımlarına İlişkin Özellikler (n=308)	Sayı	%
Şiddeti Tanılama Mesleki Roller İçinde Yer Almalı		
Evet	276	89.6
Hayır	32	10.4
Yakınlarında Kadına Yönelik Şiddet Yaşanmış Olmasının Mesleki Yaklaşımı Etkileme Durumu		
Etkileyen	216	70.1
Etkilemeyen	92	29.9
Yakınlarında Şiddet Yaşanmasının Mesleki Yaşama Etkisi	*(n:216)	
Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar	50	22.4
Aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımama yardımcı oluyor	161	72.2
Durumu görmezden gelirim	12	5.4

*Bu soruyu sadece şiddet konusuna yaklaşımı etkileme durumuna 'evet' cevabını verenler yanıtlamıştır.

Tablo 4.2.2'de sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusuna yaklaşımlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı incelenmiştir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının %89,6'sı kadına yönelik şiddeti ele almanın mesleki roller içinde yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %70.1'i yakınlarında aile içi şiddete tanıklık etmelerinin, şiddet olgusuna yaklaşım durumlarını etkileyeceğini ifade etmişlerdir. Mesleki yaşamlarında şiddet konusuna yaklaşımlarını etkileyeceğini bildirenlerden %72.2'si bu durumun aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımalarına yardımcı olacağını belirtmiştir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının SÇKŞTÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamaları ve SÇKŞTÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tutum ve Uygulamalarını Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler İle İlişkisi

4.3.1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.1.1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Sayı	Ortalama	Min. Puan	Max. Puan
SÇKŞTÖ	308	97.88±10.24	67	135

Tablo 4.3.1.1'de sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının eş şiddetine karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması 97.88±10.24, eş şiddetine karşı tutum ölçeğinden aldıkları minimum puanın "67", maksimum puanın ise, "135" olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir.

4.3.2. Sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ’nden aldıkları puan ortalamalarının kadına yönelik eş şiddeti tutum ve uygulamalarını etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisi

Tablo 4.3.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=308)	Sayı	Ortalama Standart Sapma*	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Yaş					F	P
19-24 yaş	45	96.48±11.85	67	127	0.894	0.468
25-29 yaş	98	98.41±10.01	70	135		
30-34 yaş	78	96.74±9.13	72	128		
35-39 yaş	50	99.64±12.26	73	133		
40 yaş ve üzeri	37	98.24±7.75	71	114		
Cinsiyet					t	P
Kadın	174	96.97 ± 8.93	67	127	1.791	0.074
Erkek	134	99.08 ± 11.71	70	135		
Öğrenim Düzeyi					F	P
Sağlık Meslek Lisesi	65	96.23 ± 9.40	67	116	1.081	0.357
Ön Lisans Mezunu	49	97.09± 8.86	72	115		
Lisans Mezunu	142	98.52 ± 11.19	70	135		
Lisansüstü Mezunu	52	99.10± 9.76	71	127		
Medeni Durum					t	P
Evli	172	97.97± 10.31	70	133	0.175	0.861
Bekar	136	97.76± 10.26	67	135		
Meslek					t	p
Hekim	68	98.51 ± 9.96	73	133	0.602	0.548
Hemşire	240	97.71 ± 10.34	67	135		
Çalışma Süresi					F	p
1-10 yıl	225	97.48± 10.41	67	135	0.730	0.483
11-20 yıl	60	99.25± 10.49	73	133		
20 yıl ve üzeri	23	98.34± 7.70	71	109		

*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

F= Oneway Anova Testi

t= Independent Samples t Testi

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre SÇKŞTÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.1.’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; sağlık çalışanlarının 35-39 yaş şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamaları 99.64 ± 12.26), 19-24 yaş (puan ortalamaları 96.48 ± 11.85), 25-29 yaş (puan ortalamaları 98.41 ± 10.01), 30-34 yaş (puan ortalamaları 96.74 ± 9.13), 40 yaş ve üzeri (puan ortalamaları 98.24 ± 7.75) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının yaşlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; erkek sağlık çalışanlarının şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamaları 99.08 ± 11.71), kadın sağlık çalışanlarından (puan ortalamaları 96.97 ± 8.93) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada; sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyleri ile SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarının şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamalarının 99.10 ± 9.76), lisans mezunu sağlık çalışanları (puan ortalamalarının 98.52 ± 11.19), önlisans mezunu sağlık çalışanları (puan ortalamalarının 97.09 ± 8.86) ve sağlık meslek lisesi mezunu sağlık çalışanlarından (puan ortalamalarının 96.23 ± 9.40) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının öğrenim düzeylerine göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde; evli olan sağlık çalışanlarının şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamaları 97.97 ± 10.31), bekar olan sağlık çalışanlarının şiddet tutum ve uygulamalarından (puan ortalamaları 97.76 ± 10.26) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; sağlık çalışanlarından hemşire olanların şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamaları 97.71 ± 10.34), sağlık çalışanlarından hekim olanların şiddet tutum ve uygulamalarından (puan ortalamaları 98.51 ± 9.96) daha

düşük olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süreleri ile SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1-10 yıl süre ile çalışan sağlık çalışanlarının şiddet tutum ve uygulamalarının (puan ortalamaları 97.48 ± 10.41), 11-20 yıl süre ile çalışan sağlık çalışanlarına (puan ortalamaları 99.25 ± 10.49), 20 yıl ve üzeri süre ile çalışan sağlık çalışanlarına (puan ortalamaları 98.34 ± 7.70) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2.2. Sağlık Çalışanlarının Şiddete İlişkin Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Çalışanlarının Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri (n=308)	Sayı	Ortalama Standart Sapma*	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Şiddete İlişkin Eğitim Alma Durumu					t	P
Alan	111	99.09 ± 10.15	70	135	2.611	0.009
Almayan	197	95.94 ± 10.17	67	124		
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu					t	P
Alan	64	98.28±10.26	70	135	1.342	0.181
Almayan	244	96.36±11.12	67	122		
Çalışma Yaşamında Şiddet İle Karşılaşma Durumu					t	p
Karşılaşan	201	100.07±12.23	70	135	2.373	0.019
Karşılaşmayan	107	96.84 ± 8.97	67	133		
Şiddete Yönelik Bildirim Yapma Durumu					F	p
Yapan (A ¹)	163	101.96 ± 10.70	70	127	7.876	0.001
Yapmayan (A ²)	35	95.79 ± 9.03	67	116		
Şiddetin Özelliğine Göre (A ³)	110	99.76 ± 11.31	73	135		
**Fark: A¹-A², A¹-A³						
Şiddeti Tanılama Mesleki Roller İçinde Yer Almalı					t	p
Evet	276	106.51 ± 12.47	83	133	4.160	0.001
Hayır	32	96.92 ± 9.51	67	135		
Yakınlarında Aile İçi Şiddet Yaşanmış Olmasının Mesleki Yaklaşımı Etkileme Durumu					t	p
Etkiler	216	100.81 ± 11.28	70	133	3.222	0.001
Etkilemez	92	96.71 ± 9.59	67	135		

*Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

**Çoklu Karşılaştırma Testi / F= Oneway Anova Testi / t= Independent Samples t Testi

Sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin özelliklerine göre SÇKŞTÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.2’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; sağlık çalışanlarından öğrenimleri süresince şiddete ilişkin eğitim alanların şiddet tutumlarının (puan ortalamaları 99.09±10.15), eğitim almayanların şiddet tutumlarından (puan ortalamaları 95.94±10.17) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının öğrenimleri süresince eğitim

alma durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin hizmet içi eğitim alma durumları ile SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddete ilişkin hizmet içi eğitim alan sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarının (puan ortalamaları 98.28 ± 10.26), şiddete ilişkin hizmet içi eğitim almayan sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarından (puan ortalamaları 96.36 ± 11.12) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin hizmet içi eğitim alma durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumları ile SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşmış olan sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarının (puan ortalamaları 100.07 ± 12.23), çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşmamış olan sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarından (puan ortalamaları 96.84 ± 8.97) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; şiddet şüphesi veya olgusu ile karşılaşır ise bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarının (puan ortalaması 101.96 ± 10.70), bildirim yapmayacağını ifade eden sağlık çalışanlarının (puan ortalaması 95.79 ± 9.03) ve şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarından (puan ortalaması 99.76 ± 11.31) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının şiddet şüphesi veya olgusu ile karşılaşır ise bildirim yapma durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın şiddet şüphesi veya olgusu ile karşılaşır ise bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının, bildirim yapmayacağını ifade eden sağlık çalışanları ve şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanları

ile arasındaki ilişkiden kaynaklandığı, bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının, bildirim yapmayacağını ve şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; şiddeti tanılamamanın mesleki rolleri içinde yer alması gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarının (puan ortalamaları 106.51 ± 12.47), şiddeti tanılamamanın mesleki uygulama içinde yer almaması gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarından (puan ortalamaları 96.92 ± 9.51) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanılamamanın mesleki uygulama içinde yer alması durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileyeceğini belirten sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarının (puan ortalamaları 100.81 ± 11.28), yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkilemeyeceğini belirten sağlık çalışanlarının şiddet tutumlarından (puan ortalamaları 96.71 ± 9.59) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sağlık çalışanlarının yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileme durumlarına göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Literatürde kadına yönelik şiddet; cinsiyet temelli olup, kadını inciten, ona acı veren fiziksel, cinsel, zihinsel hasarla sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali bulunan davranışları içeren, kamusal alanda ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan eylemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (7,8,20,27,60,93). Kadınlar en çok eşleri tarafından şiddet görmektedir. Özellikle fiziksel, cinsel, sözel, psikolojik ve ekonomik şiddet türleri ile çok sık karşılaşmaktadır. Fiziksel şiddet kadını kaba kuvvetle; cinsel şiddet kadının cinselliği ile psikolojik ya da sözel şiddet bireylerin konuşma ve davranışları yoluyla; ekonomik şiddet ise kadını para ve ekonomik kaynaklar aracılığıyla korkutma, kontrol etme ve sindirmenin yolu olarak kullanılmaktadır (43).

Kadınların eşlerinden şiddet görmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Aile içinde görülen şiddetin özellikle psikososyal, maddi ve kültürel etmenlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (94). Ekonomik durum, öğrenim düzeyi, eşin madde kullanım bozukluğu ya da psikolojik rahatsızlığı, çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalma ve gözlemleme ise şiddet riskini artıran diğer etmenler olarak saptanmıştır (95,96). Bunun yanında şiddeti uygulayan eşin; aile yapısı, çocuklukta şiddet görmesi ya da gözlemlemiş olması psikolojik ve sosyal etkenleri de kapsayan çevresel faktörlerdir.

Literatürde kadınların eşlerinden şiddet gördükten sonra çoğunlukla ilk karşılaştıkları ve iletişim kurdukları kişinin sağlık çalışanları olduğu belirtilmektedir (6,18,19). Kadınlara uygulanan eş şiddetinin önlenmesi ve gereken önlemlerin alınabilmesi için şiddetin doğru tanınması, uygun bakımın sağlanması ve danışmanlık yapılması en önemli faktörlerdir (22,23,58,97). Kadının cinsiyeti nedeniyle daha çok yaşadığı eş şiddetinin azaltılmasında ve önlenmesinde sağlık çalışanları içerisinde yer alan doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanlarının önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının kadınların sağlığını korumak, yükseltmek ve hastalıkları önlemek için kadının yaşam dönemleri boyunca kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanların kadına yönelik pozitif ayrımcılık bakış açısıyla sundukları bakım hizmetlerinde kadınların sağlık bakım ihtiyaçlarına öncelik

tanımları gerekmektedir (98). Özellikle sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetinin ortaya çıkarılmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyen birçok faktör olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarında; öğrenimleri sırasında şiddete ilişkin eğitim alma durumları, çalışma yaşamında şiddet ile karşılaşma durumları, şiddete yönelik bildirim yapma durumları, şiddeti tanılayanın mesleki rolleri içerisinde yer alma durumu ve yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımlarını etkileme durumları bireysel farklılıklara neden olmaktadır (18-22,30,32,58). Bu açıdan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Böylece sağlık çalışanları, kadına yönelik eş şiddetinin önlenmesi, gereken önlemlerin alınması ve şiddeti önlemeye yönelik eğitim ve danışmanlık yaparak kadınları bilinçlendirebileceklerdir. Bu amaçla, araştırmada sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti ile ilgili tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” (SKYŞTÖ) kullanılmıştır. Bu araştırmada sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğu (puan ortalaması ± 97.88) belirlenmiştir. Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (17,18,24-29).

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri sağlık çalışanlarının öğrenimleri sırasında şiddete ilişkin eğitim alma durumlarıdır. Bu çalışmada elde edilen verilere göre; öğrenimleri sırasında şiddeti tanılama, değerlendirme ve önleme ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarının tutumlarının (puan ortalamalarının 99.09 ± 10.15) eğitim almayanlardan (puan ortalamalarının 95.94 ± 10.17) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin görüş ya da tutumlarını belirlemek üzere yapılan çalışmalarda; öğrenimleri süresince şiddete ilişkin eğitim alan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin görüş ya da tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (19,20,22,25,99,100,101,102). Üniversitede ebellek ve hemşirelik eğitimi gören öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarını belirlemek üzere yapılan çalışmalarda ise; öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (18,28). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada öğrenimleri süresince şiddete

ilişkin eğitim alan sağlık çalışanlarının tutumlarının olumlu olması şiddete ilişkin eğitim almanın sağlık çalışanlarının şiddete yönelik tanılama ve bakım hizmeti sunmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına erken eğitim verilmesi bu konudaki farkındalıklarında artışın olacağını ve toplumda kadına karşı şiddet uygulama sıklığında önemli ölçüde azalma sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında şiddet ile karşılaşma durumlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Çalışma yaşamında kadına yönelik eş şiddeti ile karşılaşan sağlık çalışanlarının tutumlarının (puan ortalamalarının 100.07 ± 12.23), çalışma yaşamında kadına yönelik eş şiddeti ile karşılaşmayanlardan (puan ortalamalarının 96.84 ± 8.97) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine ilişkin tutumlarını belirlemek üzere yapılan çalışmalarda; çalışma yaşamlarında kadına yönelik eş şiddeti ile karşılaşmış olan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (22,30,100,103). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının şiddet belirtilerini tanımalarının yanında, çalışma yaşamlarında şiddete uğramış kadınla karşılaşmaları meslek tecrübesi kazanmaları açısından önemlidir. Böylelikle şiddete uğramış kadınları tespit etmenin kolaylaşacağı ve daha az zaman alacağı düşünülmektedir. Bu araştırma sonucu bize şiddet olguları ile karşılaşmış olmanın, şiddet belirtilerini tanıma önemli rolü olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumlarıdır. Bu çalışmada elde edilen verilere göre; kadına yönelik eş şiddetini bildirmeyi düşünen sağlık çalışanlarının tutumlarının (puan ortalamalarının 101.96 ± 10.70), bildirim yapmayı düşünmeyenlerden (puan ortalamaları 95.79 ± 9.03) ve şiddetin özelliğine göre bildirim yapmayı düşünenlerden (puan ortalamalarının 99.76 ± 11.31) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine ilişkin tutumlarını belirlemek üzere yapılan araştırmalarda; çalışma yaşamlarında kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma niyetinde olanların şiddete ilişkin mesleki tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır (22,30,103). Günel'in 2016 yılında Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada meslek yaşamına geçtiklerinde kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapacağını ifade eden öğrencilerin tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır (18). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının şiddeti aile içinde saklanması gereken bir konu olarak görmemeleri önemli bir sonuçtur. Sağlık çalışanlarının görev bilinci ve toplumsal duyarlılık ile hareket ettiği, şiddeti ortaya çıkarmaya çabalamakla, sağlığı korumak, tedavi etmek ve bakım sağlamak gibi mesleki rollerini yerine getireceği düşünülmektedir. Böylelikle tekrar edebilecek şiddet olaylarının önlenmiş olması sebebiyle sağlıklı bireyler ve toplum oluşmasına katkı sağlanması beklenmektedir. Bu durum şiddet olaylarının açığa çıkması ve şiddetin önlenmesi açısından önemli bir sonuçtur. Taşkiran Çatak'ın 2015 yılında Pamukkale Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan sağlık çalışanlarının kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma ve bildirim yapma konusundaki tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının yarıdan fazlası (% 65) aile içi şiddet sebebi ile başvuru almasına rağmen, kadınları muayene edip adli rapor hazırlamadığı saptanmıştır. Bildirimde bulunmayan hekim, ebe ve hemşirelerin bildirim yapmama nedenleri arasında; ilk sırada, “önemli olmadığını düşünmeleri” olduğu görülmüştür. İkinci olarak, “şiddeti tespit etseler bile kadınların, şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi” nedeniyle bildirimde bulunmadıkları belirlenmiştir. Bu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir (104). Bu çalışmada sağlık çalışanlarından kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim alanların sayısı az olmasına rağmen, şiddette uğrayan kadının bildirimini mesleki sorumluluk olarak görmeleri kadına yaklaşımları konusunda tutumlarının olumlu olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri şiddeti tanılayanın mesleki rolleri içerisinde yer alma durumudur. Bu çalışmada elde edilen verilere göre; şiddeti tanılayanın mesleki rolleri içinde yer alması gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarının tutumlarının (puan ortalamalarının 106.51 ± 12.47), şiddeti tanılayanın mesleki rolleri içinde yer almaması gerektiğini düşünenlerin tutumlarından (puan ortalamaları 96.92 ± 9.51) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kıyak'ın 2008 yılında Konya'da çalışan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; hemşire ve ebelerin eş şiddetine uğramış bir kadınla

karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak görenlerin tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Yayla'nın 2009 yılında hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının yarıdan fazlası kadına yönelik şiddetin özel bir sorun olmadığını ve sağlık çalışanının sorumluluğu olduğunu belirterek olumlu tutumda bulunmuşlardır (19,30). Üniversite öğrenimi gören ebeler ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik eş şiddetine ilişkin bilgi, görüş ve tutumlarını belirlemek üzere yapılan araştırmalarda; öğrencilerin çoğunluğunun aile içi şiddetin özel bir sorun olmayıp, sağlık çalışanlarının sorumluluğu olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (27,28,105). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun şiddete uğrayan kadını tespit etme, tanılama ve girişimde bulunmada kendilerini sorumlu görmelerinin olumlu bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının eş şiddetine karşı tutumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileme durumudur. Bu çalışmada elde edilen verilere göre; yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileyeceğini düşünen sağlık çalışanlarının (puan ortalamalarının 100.81 ± 11.28), yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkilemeyeceğini düşünenlerden (puan ortalamalarının 96.71 ± 9.59) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Üniversitede öğrenim gören ebeler ve hemşirelik öğrencilerinin şiddete ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda; yakınlarında aile içi şiddet yaşamış olan öğrencilerin daha olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (18,28). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yakınlarında aile içi şiddete tanıklık etmelerinin bu deneyimlerini sağlık çalışanı olma bilinci ile olumlu olarak değerlendirdikleri ve meslek yaşamlarına bu şekilde aktardıkları düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşantılarında deneyimlerinden etkilenmeden, önyargı ve inançlarından bağımsız bir şekilde şiddete uğrayan kadına bakım verebilmesi önemli bir sonuçtur.

Sonuç olarak bu çalışma, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olarak belirlenmesi önemli bir bulgudur.

Böylece kadına yönelik şiddet tanınır ve önlenilecek ve şiddete maruz kalan kadına rehberlik edilerek yönlendirilebilecektir.



6. SONUÇ

Sağlık çalışanlarının, kadına yönelik eş şiddetine karşı tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalamaları 97.88 ± 10.24 ' dir. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarından öğrenimleri süresince şiddete ilişkin eğitim alanların SÇKŞTÖ ortalaması, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşmış olan sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalaması, çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ile karşılaşmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Şiddet şüphesi veya olgusu ile karşılaşır ise bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalaması, bildirim yapmayacağını ifade eden sağlık çalışanları ile şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını ifade eden sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Şiddeti tanılayanın mesleki uygulama içinde yer alması gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalaması, şiddeti tanılayanın mesleki uygulama içinde yer almaması gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkileyeceğini belirten sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalaması, yakınlarında aile içi şiddet yaşanmış olmasının mesleki yaklaşımı etkilemeyeceğini belirten sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Sağlık çalışanlarının, şiddete ilişkin hizmet içi eğitim alma durumları, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyleri, meslekte çalışma süreleri, hekim yada hemşire olmuş olmalarının SÇKŞTÖ puan ortalamaları üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu değişkenlere

göre SÇKŞTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).



7. ÖNERİLER

Yapılan araştırma sonucunda, sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetine karşı mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Sağlık çalışanlarının yarından fazlasının öğrenimleri süresinde şiddete ilişkin ders ya da eğitim almamış olmaları nedeniyle;

- Sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi mesleki eğitimleri sırasında ve mezun olduktan sonra kurumlarında hizmet içi eğitimlerle kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim verilmesi sağlanmalıdır.
- Verilen bu eğitimler içerik, yöntem yönünden ve ayrıca tutum değiştirmeye etkisi yönünden değerlendirilmelidir.

2. Sağlık çalışanlarından şiddet olgusu ile karşılaşmamış olan, şiddeti bildirme niyetinde olmayan ve yakınlarında şiddete tanıklık etmemiş olanların tutumlarının diğer sağlık çalışanlarının tutumlarından daha düşük olması nedeniyle;

- Sağlık çalışanlarının şiddet olguları ile karşılaştıklarında yapılması gerekenler, şiddetin belirtilerinin tanımlanması ve önlenmesine ilişkin, mezuniyet sonrası eğitim programlarının arttırılması ve tüm sağlık çalışanlarının bu programlara tam katılımı sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına şiddete uğrayan kadına yaklaşım, empati kurabilme yetenekleri, iletişim becerileri, şiddete ilişkin geleneksel inanışlarını değiştirmeye yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

3. Sağlık çalışanlarından eş şiddetini tanılamamanın mesleki rolleri içinde yer almaması gerektiğini düşünenlerin tutumlarının daha düşük olması nedeniyle;

- Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin sosyal ve yasal sorumluluklar hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- Kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ve prosedürlerin oluşturularak, kurum politikasının belirlenmesi ve bunların sağlık çalışanlarına aktarılması sağlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Krug, EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report on Violence and Health. WHO, Geneva, 2002.
2. İnce M, Page A.Z. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikoloji Yazıları, 2008; 11 (22): 81-94.
3. Ağçay G. Sakarya İlindeki Kadınların Aile İçi Şiddete Uğrama Durumları ve Yasal Sorumlulukları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. 2009, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Başar Çolak).
4. Şahin Z. Aile İçi Şiddet Mağduru Olan Kadınlarda Kendilik Algısı, Psikopatoloji Ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri. 2018, T.C. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 119 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel).
5. Somunoğlu İkinci S. Toplumun kanayan yarası: Kadına yönelik aile içi şiddet kavramı ve yansımaları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2014; 13(2).
6. Büyükkayacı Duman N, Büyükgönce L, Güngör T, Koçak D.Y, Topuz Ş, Yılmazel G. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet algılayışı ve etkileyen faktörler. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016; 13(4): 154-159.
7. UN (United Nations). Declaration on The Elimination of Violence Against Women. United Nations, 1994.
8. AYATA G. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yasal Düzenlemeler. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Projesi.
9. Çiftçi F. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. 2013, T.C. Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 99 sayfa, Kırıkkale, (Yrd. Doç. Dr. İbrahim MAZMAN).
10. Ayaltı B, Doğan M, Hanbaba Z, Soygür S, Yanık A. Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye’den kanıt. [Elektronik Dergi]. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/62660>. 2014;4(4):104-111.
11. Bahadır Yılmaz E. Şiddete Maruz Kalan Kadınlara Uygulanan Güçlendirme Programının Kendilik Değerini Arttırmaya ve Stresle Başetme Biçimlerine Etkisi. 2015, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 74 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma ÖZ).

12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2014.
13. Tapan B, Öztürk Özlem, Öztürk Özkan. Kadına yönelik şiddetin kadın ve toplum sağlığı üzerine etkileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2016; 3(4): 139-144.
14. Azimi K, Ghasemzadeh S, Mehran A, Pourbakhtiar M, Taghizadeh Z. The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence: A randomized control trial. Pan African Medical Journal. 2018;30:79
15. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020. Ankara, 2016.
16. European Union Agency for Fundamental Rights, Violence against women: an EU-wide survey Results at a glance, 2014 <http://fra.europa.eu/en/pressrelease/2014/violenceagainst-women-every-day-and-everywhere>.
17. Sabancıoğulları S, Taşkın Yılmaz F, Ar E, Çakmaktepe G. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016;13 (1): 35-43.
18. Günal N.T. Öğrenci Hemşirelerin Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. 2016, T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 84 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Gül ERTEM).
19. Kıyak S. Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. 2008, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 103 sayfa, Konya, (Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN).
20. Beyazpınar A. Hemşire/Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Tanılamasında Görüş Ve Önerilerinin Belirlenmesi. 2010, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP)
21. Dr. Yaman Efe Ş. Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Acil Servis Hemşirelerinden Beklentileri, Hemşirelerin Girişimleri ve Etkileyen Faktörler: Niteliksel Bir Çalışma. 2010, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 141 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Lale TAŞKIN).
22. Sarıbrıyık M. Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış

- Düzeyleri. 2012, T.C. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 140 sayfa, Malatya, (Prof. Dr. Gülsen Güneş).
23. Dinç H, Dişsiz M, Hotun Şahin N, Sömek A. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008;2: 17-31
24. Dağlar G, Bilgiç D, Demirel G. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2017;10 (4): 220-228.
25. Lazenbatt A, Cree L, McMurray F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. Midwifery: an international journal. 2005;21:322-334.
26. Aydın Özkan S, Karaca T, Bilgiç D. Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddete yönelik mesleki rollerine ilişkin tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(1): 36-43.
27. Kaynar Tunçel E, Dündar C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2007;17(2): 105-110.
28. Bozkurt Ö.D, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2(2): 99-107.
29. Er Güneri S. Üniversite öğrencilerinin kadına uygulanan şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi. Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 2016;2(2): 49-56.
30. Yayla İ.D. Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri. 2009, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 194 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. M. Akif İNANICI, Doç. Dr. Başar ÇOLAK).
31. Güneri Yöyen E. Şiddet türleri ve kişilik özellikleri. Life Skills Journal Of Psychology. 2017; 1(1): 35-47.
32. Kula A. Kocaeli Üniversitesi 2008-2009 Akademik Yılı 1. Ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinin Evlilikte Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları. 2009, T.C. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 sayfa, Kocaeli, (Prof. Dr. A. Tamer AKER).

33. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010; 19(3): 417-24.
34. Eryılmaz G. Aile içi şiddet, kadın sağlığı ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 2001; 5(2): 19-23.
35. Wills R, Ritchie M, Wilson M. Improving detection and quality of assessment of child abuse and partner abuse is achievable with a formal organisational change approach. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008; 44: 92–98.
36. Bilican Gökkaya V. Türkiye’de şiddetin kadın sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2009; 10(2): 167-179.
37. Dr. Açıkgoz H.O. Zonguldak İl Merkezinde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Yaygınlığı, Şiddet Türleri, Şiddet Algısı ve Kadınların Şiddete Yönelik Tutumları. 2014, T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 108 sayfa, Zonguldak, (Prof. Dr. Nuray ATASOY).
38. Biçici Gezgin B. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddet Konusunda Tutum Ve Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliği. 2011, T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 109 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Aynur UYSAL).
39. Dr. OLGUN İZMİRLİ G. Isparta İli Gönen İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ve Aile İçi Şiddet Görmeye Sebep Olan Faktörler. 2013, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 176 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ).
40. Şengül H.M. İzmir’de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümlerinin Özelliklerinin İncelenmesi ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması. 2016; T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 108 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. AKÇA TOPRAK ERGÖNEN).
41. Sarı K.S. Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Aile Mahkemeleri Bağlamında Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. 2010; T.C. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 244 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Gülriz UYGUR).
42. Hanbay Çakır E, Gürel I, Otaran N. (Eds.). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri, Sonuçları, Alınacak Önlemler. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Projesi. Ankara, 2012.

43. Dr. Güleç Öyekçin D, Dr. Yetim D, Dr. Şahin E.M. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2012;23(2):75-81.
44. Kadına Yönelik Şiddet ve Dünya Gerçeği. <http://www.kadin hikayeleri.org/kadina-yonelik-siddet-ve-dunya-gercegi-raporunun-ilginc-sonuclari>. Erişim tarihi: 05.01.2018.
45. Akkaya Şahin G. Aile İçi Şiddet Kavramı ve Aile İçi Şiddetin Uluslararası ve Ulusal Hukuki Belgelerdeki Düzenlemesi. 2010, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 154 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Saibe OKTAY ÖZDEMİR).
46. Fırat Mutlu P. Kadına Yönelik Şiddet Farkındalığı Oluşturmada Psikoeğitimin Aile İşlevselliğine Etkisi. 2016, T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 47 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER).
47. Dr. Karaca B.K. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. 2014, T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 91 sayfa, Samsun, (Doç. Dr. Berna AYDIN).
48. Okutan N. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet – Van’da, Kadınların Şiddet Deneyimleri, Şiddeti Doğuran Koşullar ve Başetme Biçimleri, Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. 2007, T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 236 sayfa, Van, (Doç. Dr. Tuğrul ERBAYDAR).
49. Yrd. Doç. Dr. Akkaş İ, Doç. Dr. Uyanık Z. Kadına yönelik şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016; 6(1): 32-42.
50. Yüksel A.B. Kadına Yönelik Şiddet ve Töre Cinayetleri. 2016, T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 155 sayfa, Çanakkale, (Doç. Dr. Suat UĞUR).
51. Gedik M.A. Ortaokul Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Tutumları: Beyşehir İlçesi Örneği. 2016, T.C. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Hacer TOR).
52. Özvarış Ş.B, Demirören M, Şener S, Tumay Ş. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. Akın A. (Ed.). Ankara, 2008.
53. Kaplan S. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet İle Mücadelede Farklı Yöntemlerle Verilen Sağlık Hizmetleri Eğitimlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. 2011, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 163 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ).

54. Küçük N. Polislerin Kadına Yönelik Şiddete ve Bu Tip Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. 2013, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 131 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Akif İNANICI).
55. Othman S, Azmi N, Adenan M. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. Asica Pacific Family Medicine, 2008; 7(2):1-8.
56. Krantz G, Phuong TV, Larsson V, Tuan TB, Ringsberg KC. Intimate partner violence: Forms, consequences and preparedness to act as perceived by healthcare staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam. Public Health, 2005;119:1048-1055.
57. Guruge S. Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. ISRN Nurs, 2012; 1–8.
58. Yıldız T. Kadına yönelik şiddet ve şiddeti tanılamada acil hemşiresinin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(3): 59-66.
59. Ustaoglu A (Ed.), Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması 2014 (Özet Rapor), T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2015 Ankara.
60. Soygüt G, Taşkale N. Kadın sığınma evlerinde kalan şiddet mağduru kadınlar: Demografik ve sosyoekonomik bir inceleme. Türk Psikoloji Yazıları. 2016; 19 (özel sayı): 3-11.
61. Akalın A. 15-49-Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. 2010, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 74 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Çiğdem Arıkan).
62. Dr. Yetim D. Edirne Şehir Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddet Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. 2008, T.C. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 86 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin).
63. Şıpkın S, Tanrıverdi G. Çanakkale’de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. Fırat Tıp Dergisi. 2008;13(3): 183-187.
64. Yalçın M. Aile İçi Şiddet Nedeniyle Kadın Konukevinden Hizmet Alan Şiddet Mağduru Kadınlar İle Kurulışta Görev Yapan Meslek Elemanlarının Kadın Konukevi Hizmetlerine İlişkin Değerlendirmeleri: Ankara Örneği. 2014, T.C. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 191 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN).

65. Bolevin S. Kadına Yönelik Şiddette Devletin Hukuki Sorumluluğu. 2016, T.C. Yaşar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 111 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Ayşe HAVUTÇU).
66. Bölükbaşı Ö. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun Kapsamında Kadının ve Aile Bireylerinin Korunması. 2014, T.C. Erzincan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 230 sayfa, Erzincan, (Prof. Dr. Cem BAYGIN).
67. Solmaz A. Kadına Yönelik Şiddetin Medyada Sunum Şekli ve Şiddet Gören Kadınların Yasal Farkındalığı: Nitel Bir Çalışma. 2014, T.C. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 146 sayfa, Erzurum, (Doç. Dr. Fatma GEÇİKLİ).
68. Tiryakioğlu E.F. Türk Hukukunda Kadının Şiddete Karşı Korunması ve Devletin Pozitif Yükümlülükleri. 2015, T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 287 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Mehmet Ali ZENGİN).
69. Bilgin Y. Sığınma Evlerindeki Kadınların Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sığınma Evlerine Bakışı: İstanbul Örnekleme. 2015, T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 147 sayfa, Bolu, (Doç. Dr. Samettin GÜNDÜZ).
70. Aydemir E, Karal D. Türkiye’de kadına yönelik şiddet (Rapor). Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2012, Ankara.
71. Akyıldız M. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Bir Model Olarak Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi. 2014, T.C. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 156 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Neylan ZİYALAR).
72. Altıparmak İ.B. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Bir Sosyal Politika Örneği Olarak Şönim’ler Üzerine Nitel Bir Araştırma: Ankara Örneği. 2015, T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 184 sayfa, Bolu, (Prof. Dr. Yahya Mustafa KESKİN).
73. Yaman Efe Ş. Aile içi şiddete uğrayan kadınlara yönelik hemşirelik hizmetlerinde “Değişim modelinin” kullanılması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2(3).
74. Bora A. Evlilikte Kadına Yönelik Şiddet: Tutum, Yaşantı ve Yasal Farkındalık Açısından Cinsiyetler Arası Karşılaştırma. 2015, T.C. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 158 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Z. Belma GÖLGE).

75. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf
Erişim tarihi: 14.03.2018.
76. Karınca E. Sorularla kadına yönelik aile içi şiddet, Ankara: Afşaroğlu Matbaası, 2011.
77. Türk Medeni Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
Erişim tarihi: 15.03.2018
78. Yrd. Doç. Dr. YAĞCIOĞLU A.H. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ve uygulamada karşılaşılan sorunlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2017; 19(Özel Sayı): 913-966.
79. Öztürk N. Ailenin korunması ve kadına karşı şiddetin önlenmesine dair kanunun getirdiği bazı yenilikler ve öneriler. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2017; 8(1): 1-32.
80. Yassı F. Boşanmış Kadınlar ve Eski Eş Şiddeti. 2014; T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 167 sayfa, Afyonkarahisar, (Doç. Dr. Hüseyin KOÇAK).
81. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/>
Erişim tarihi: 11.02.2018.
82. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Diğer Kurumlar ve Hizmetler. https://vatandas.jandarma.gov.tr/KYSOP/uzaktan_egitim/PDF%20Documents/Hizmetler.pdf. Erişim tarihi: 17.03.2018
83. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Ankara, 1990.
84. Kadın Dayanışma Vakfı. <https://kadindayanismavakfi.org.tr/about-us/> Erişim tarihi: 19.04.2018.
85. Karataş S, Şener Ü, Otoran N. T.C. Başbakanlık, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadın Sığınmaevleri Klavuzu. Ankara, 2008.
86. Yalçın H. Kadına Şiddeti Önlemeye Yönelik Bir Eğitimin Etkisi: Karaman (Aile Hekimliği Birimleri) Örneği. 2018; T.C. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 109 sayfa, Karaman, (Doç. Dr. Oya AÇIKALIN RASHEM).
87. Kandemirci D. Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: Çok boyutlu bir inceleme. Türk Psikoloji Yazıları. 2014; 17(33): 1-12.
88. Koştü N, Uysal Toraman A. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Bildirimi Yapma Niyeti/Davranışı Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19(1): 49-57.

89. Aslan F. Kadınlarda Şiddet Öyküsü: “Anket Çalışması”. 2012, T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 164 sayfa, Antalya, (Doç.Dr. Sema DEMİRÇİN).
90. Goodman PE. Intimate partner violence In: Fiona E. Gallahue, Laura D. Melville (Eds.), Emergency care of the abused. First ed. New York: Published in the United States of America by Cambridge University Pres 2008; 74-90.
91. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi- kavramlar, ilkeler, teknikler. 7. baskı, Ankara :3D Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd Şti. 2005.
92. Sümbüllüoğlu V, Sümbüllüoğlu K. Biyoistatistik.10. baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2002.
93. Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü. Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2012; 9(1): 21-33.
94. Garcia-Moreno C, AFM Jansen H, Ellsberg M, Heise L,Watts C.H. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence, Lancet 2006; 368: 1260–1269.
95. Uthman OA, Moradi T, Lawoko S. The independent contribution of individual-, neighbourhood-, and country-level socioeconomic position on attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: A multilevel model of direct and moderating effects, Social Science & Medicine, 2009;68:1801-1809.
96. Envuladu E.A, Chia L, Banwat M.E, Lar L.A, Agbo H.A, Zoakah A.I. Domestic violence among pregnant women attending antenatal clinic in a PHC facility in Jos north LGA Plateau State Nigeria. E3 Journal of Medical Research Vol. 2012; 1(5): 63-68.
97. Özdemir B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Algılama Durumlarının Değerlendirilmesi. 2013, T.C. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 60 sayfa, Ankara, (Doç. Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL).
98. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Cinsel sağlık bilgileri eğitimi öğretmen el kitabı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, 2006.
99. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen N.C, Macmillan H.L. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. BMC Public Health, 2007; 7(12): 1-11.

100. Sawyer S, Williams A, Williams B. The knowledge, attitudes and preparedness of Australian paramedics to manage intimate partner violence patients – a pilot study, *Australasian Journal of Paramedicine*, 2018;15(2).
101. Al-Natour A, Qandil A, Gillespie G.L. Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 2016;63:422–428.
102. Felblinger D.M, Gates D. Domestic violence screening and treatment in the workplace. *AAOHN Journal*, 2008;56(4):143-150.
103. Kara P, Akçayüzü Ö, Gür A.Ö, Nazik E. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 8(3): 115-122.
104. Taşkıran Çatak A. Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma ve Bildirim Konusundaki Tutum ve Davranışları. 2015, T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 111 sayfa, Denizli, (Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN).
105. Kaya D, Gölbaşı Z. Son sınıf hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin gebelikte kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili görüşleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016(4):202-208.

9. EKLER

Ek 1. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu

Anket no:.....

Sevgili Çalışanlar,

Bu çalışmanın amacı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarının değerlendirilmesidir. Anket sorularına vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.

Yüksek Lisans Öğrencisi Derya AKSOY İL

A.Sosyo-Demografik Bazı Özellikler ile İlgili Sorular

1.Doğum Tarihiniz?(gün/ay/yıl)

..../.../...

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Eşinden ayrı yaşıyor 5. Diğer.....

4. Öğrenim düzeyiniz nedir?

1. Sağlık Meslek Lisesi

2. Ön lisans Mezunu

3. Lisans Mezunu

4. Yüksek Lisans Mezunu

5. Mesleğiniz nedir?

1. Hekim 2. Hemşire

6. Mesleğinizdeki Çalışma Süreniz ?yıl.....ay

B. ŞİDDETE İLİŞKİN SORULAR

Fiziksel Şiddet: vurma, tokatlama, yumruklama, tekmeleme, yakma, bir aletle tehdit etme v.b.

Duygusal şiddet: bağırma, aşağılama, sözel saldırı, alay etme v.b.,

Cinsel şiddet: cinsel ilişkiye zorlama, cinsel taciz v.b.

Ekonomik şiddet: çalışmanın engellenmesi ve paranızın zorla alınması, gibi v.b şekilde olabilmektedir. Aşağıdaki soruları bu açıklamayı göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.

7. Mezun olduğunuz okuldan şiddeti tanılama, değerlendirme, önleme ile ilgili eğitim aldınız mı?

1- Evet

2- Hayır

8. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet () Hayır () Kısmen Yeterli ()

9. Meslek yaşamınız sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

10. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet () Hayır () Kısmen Yeterli ()

11. İş yaşamınız süresince kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı ?

Evet () Hayır ()

12. Kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet () Hayır () Şiddetin Özelliğine Göre (lütfen açıklayınız)

(.....)

13. Kadına yönelik şiddeti ele almanın mesleki uygulamalarınız içinde yer alması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

14. Bir arkadaşınızın ya da akrabanızın aile içinde şiddet yaşamış olması sizin mesleki yaşamınızda şiddet konusuna yaklaşımınızı etkiler mi?

Evet () Hayır ()

15. Yanıtınız Evet ise, mesleki yaşantınızda aile içinde kadına yönelik şiddet olayına yaklaşımınızı nasıl etkiler?

1. Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar.
2. Aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımama yardımcı oluyor.
3. Durumu görmezden gelirim.

Ek 2. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları ölçeği

Açıklama

Size gerçek yaşamı yansıtan bir senaryo veriyoruz. Lütfen aşağıdaki ifadeleri bu senaryo doğrultusunda şu anki günlük mesleki uygulamalarınızı ya da böyle bir durumla karşılaştığınızda nasıl davranacağınızı göz önüne alarak yanıtlayınız.

Senaryo

A.B., gebedir ve yeni yürümeye başlayan bir çocuğu bulunmaktadır. A.B. sessiz, içine kapanık görünmekte ve çok yorgun olduğunu söylemektedir. A.B. ev ve çocuk bakımında hiç kimseden yardım almadığını hepsini tek başına yaptığını ifade etmektedir. Kocası, evin temizliğini, çocukların gürültü yapmalarını kontrol altına almasını A.B.'den beklemektedir. Ayrıca A.B., kocasının sürekli onu eleştirdiğini belirtmektedir. Kocası onu arabayla bırakmadığı sürece evden dışarıya çıkamamaktadır. Bununla birlikte, çocuk her yaramazlık yaptığında, kocası ona kızdığı için çocuğu nasıl sakın tutabileceği A.B.'nin en büyük korkusudur. A.B., bu konudan bahsederken çok huzursuz görünmektedir. Annesi, kız kardeşi ve eski iki arkadaşı ile aynı şehirde yaşadığı halde, A.B. artık onları pek fazla görememekte ve komşularını tanımamaktadır.

Bölüm 1

Çalıştığınız kurumda A.B. ya da onun gibi bir kadın ile ilgilenirken, aşağıdaki ifadelere ne derecede katılıp katılmadığınızı lütfen belirtiniz.

Lütfen sizin yanıtınızı en iyi yansıtan ifadenin yanındaki kutucuğa “X” işareti koyarak ya da tüm kutuyu karalayarak işaretleyiniz. Kurşun kalem ya da tükenmez kalem kullanabilirsiniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1- Bu konu özel bir aile sorunu olduğundan karışmamalıyım.				
2- Şiddet konusunda konuşmak isterim ama ne söyleyeceğimi bilmiyorum.				
3- Kadına yönelik şiddet konusunda konuşabilme becerime güveniyorum.				
4- Yardım istemediği sürece onun için yapabileceğim bir şey yok.				
5- Rutin olarak bütün görüşmelerde kadına yönelik şiddet konusunu açarım.				
6- Kadına kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormak istemem çünkü bana anlatmaya hazır olduğunu düşünmüyorum.				
7- Şiddete uğrayan kadınlara yardım edemeyeceğimi hissediyorum.				

8- Şiddet ile ilgili kadına soru sormaktan çekinirim çünkü böyle bir durumla baş edebilmek için tecrübem hiç yok/çok az var.				
9- Durumu daha da kötüleştirme olasılığı nedeniyle müdahale etmekten çekinirim.				
10- Kocasının ona vurup vurmadığını doğrudan sorarım.				
11- Bu kadına doğru yardıma ulaşmada destek olabileceğimi düşünüyorum.				
12- Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormayı unutabilirim.				
13- Kadınlara şiddet hakkında soru sormam gerektiğinde kendime güvenirim.				
14- Şiddete uğramış ya da şiddete uğrama riski olan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissederim.				
15- Şiddete uğramamış ya da şiddete uğrama riski olmayan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissederim.				
16- Şiddete uğradınız mı soruma “hayır” yanıtını veren kadınla konuşmaya kendimi hazır hissederim.				
17- Şiddete uğradınız mı soruma “evet” yanıtını veren kadınla konuşmaya kendimi hazır hissederim.				
18- Şiddet konusunu açarak onu zor durumda bırakmam.				
19- Şu anda kadının içinde bulunduğu koşullar değişse bile, kendimi ona yardım edebilecek yetkinlikte hissediyorum.				
20- Kadının bir daha gelmeme olasılığını düşünerek, kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				
21- Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili yazılı bilgi ve/veya diğer uygun kaynakları verebilirim ama durumu hakkında konuşmam.				
22- Kadına yönelik şiddetin sıklıkla yaşandığını ancak kadınların bu konuda konuşmaya çekindiklerini belirterek konuyu açarım.				
23- Şiddete uğramadığını belirten kişilerle de kadına yönelik şiddet konusunda bilgi paylaşımına hazırım.				
24- Kadınlar yaşadıkları şiddeti anlattıklarında, onları dinleyebileceğimi düşünüyorum.				
25- Kadın yaşadığı şiddeti bana anlattıktan sonra, gereksinimlerini belirlemek için konuşmayı sürdürürüm.				
26- Kadın, sorunuyla benim istediğim biçimde baş etmeye hazır olmasa bile, görüşme süresince onu destekleyebileceğimi düşünüyorum.				
27- Uygun eğitim almadığım için kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				
28- Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde mücadele edebilmeleri için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
29- Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde mücadele edebilmem için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
30- Bazı kişiler için kadına yönelik şiddet kültürel olarak kabul edilebilir olduğundan, bu konuda onlarla konuşmaya çekiniyorum.				

31- Bugün, olası bir şiddet vakasıyla ilgilenecek vaktim yok.				
32- Kadına yönelik şiddet konusunu sorgularken kendi güvenliğimden endişe ederim.				
33- Yardım sağlamada toplumsal kaynaklar yeterli olmadığı için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
34- Kadına yönelik şiddeti sorarken olası yasal sonuçları düşünürüm.				
35- Yasal olarak polise bildirmek zorunda kalabileceğim için kadına yönelik şiddetle ilgili soru sormaya çekinirim.				
36- Şiddet hakkında konuşacak zamanım olmadığı için kendimi engellenmiş hissedirim.				
37- Aynı zamanda ailenin diğer üyeleriyle de ilgilendiğim için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
38- Kadına yönelik şiddetin etkili bir tedavisi olmadığı için herhangi bir yardım önerisinde bulunmam.				
39-Kadına yönelik şiddeti sorabilmem ve şiddet gören kadına yardımcı olabilmem konusunda arkadaşlarım, danışmanlarım, yöneticilerim yeterli desteği sağlarlar.				
40- Bu kadının şiddetle başa çıkabilmesi için gerekli kaynaklara ulaşmasına yardımcı olabileceğimi düşünüyorum.				
41- Çalışma ortamımdaki meslektaşlarımla kadına yönelik şiddet konusunda geliştirilecek programların planlanması ve değerlendirilmesi sürecinde işbirliği içindeyim.				
42- A.B gibi olguları yönetme konusunda uzman görüşü alma olanağım var.				

Ek 3. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumları

HASTA ONAY FORMU

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Derya İL tarafından yapılacak olan Diyarbakır'daki sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarının belirlenmesi konulu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Araştırmacı, çalışma sırasında hiçbir invaziv girişim yapılmayacağını, tedavimi olumsuz etkilemeyeceğini, araştırma sonuçlarını istersem elde edebileceğimi bildirmiştir. Tarafımdan alınan bilgi bu çalışma ve ilgili bilimsel faaliyetlerde kullanabilecekleri, bunun için benden para talep edilmeyeceği ve bana para ödenmeyeceği ayrıca bu çalışmaya katılmak zorunda olmadığımı açıklanmıştır.

Katılımcı Adı:

Araştırmacı Adı:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

Ek 4. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden alınan yazılı izin formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/12/2017-25100 25-4



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimliği 

Sayı : 63607300-770-
Konu : Anket (Tez) Çalışması Hk.

SAYIN DERYA AKSOY İL

İlgi : a) 03/10/2017 tarihli, Bila sayılı dilekçeniz.
b) 09/10/2017 tarihli, Bila sayılı beyannameniz.

İlgi dilekçeniz ve beyannameniz tarafımızca incelenmeye alınmış, inceleme sonucu hastanemizde yapacağınız anket çalışmalarının tüm sorumluluk ve sonuçları size ait olmak şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Veysi BAHADIR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK :
Dilekçeniz ve Beyannameniz : (2 Adet)

11/12/2017 Birim Sorumlusu A.KAYA ÖNAV

Evrak Doğrulamak İçin : https://evraks.dicle.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BEN4U9SF

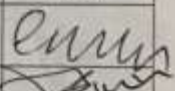
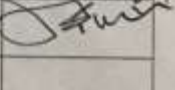
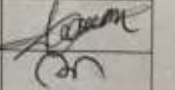
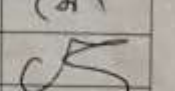
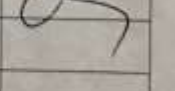
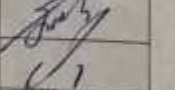
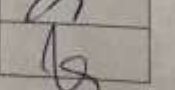
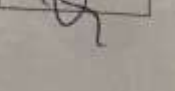
Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır
Telefon: +90 412 248 80 30 Faks: +90 412 248 83 20
e-Posta: dicle@dic.edu.tr Elektronik Ağ: <http://www.dicle.edu.tr>
Kep Adresi: dicleuniversitesi@ha01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Cihan Olgu
Evrak Pin Kodu: 33022
Ayrıntılı bilgi irtibat tel.: 4436



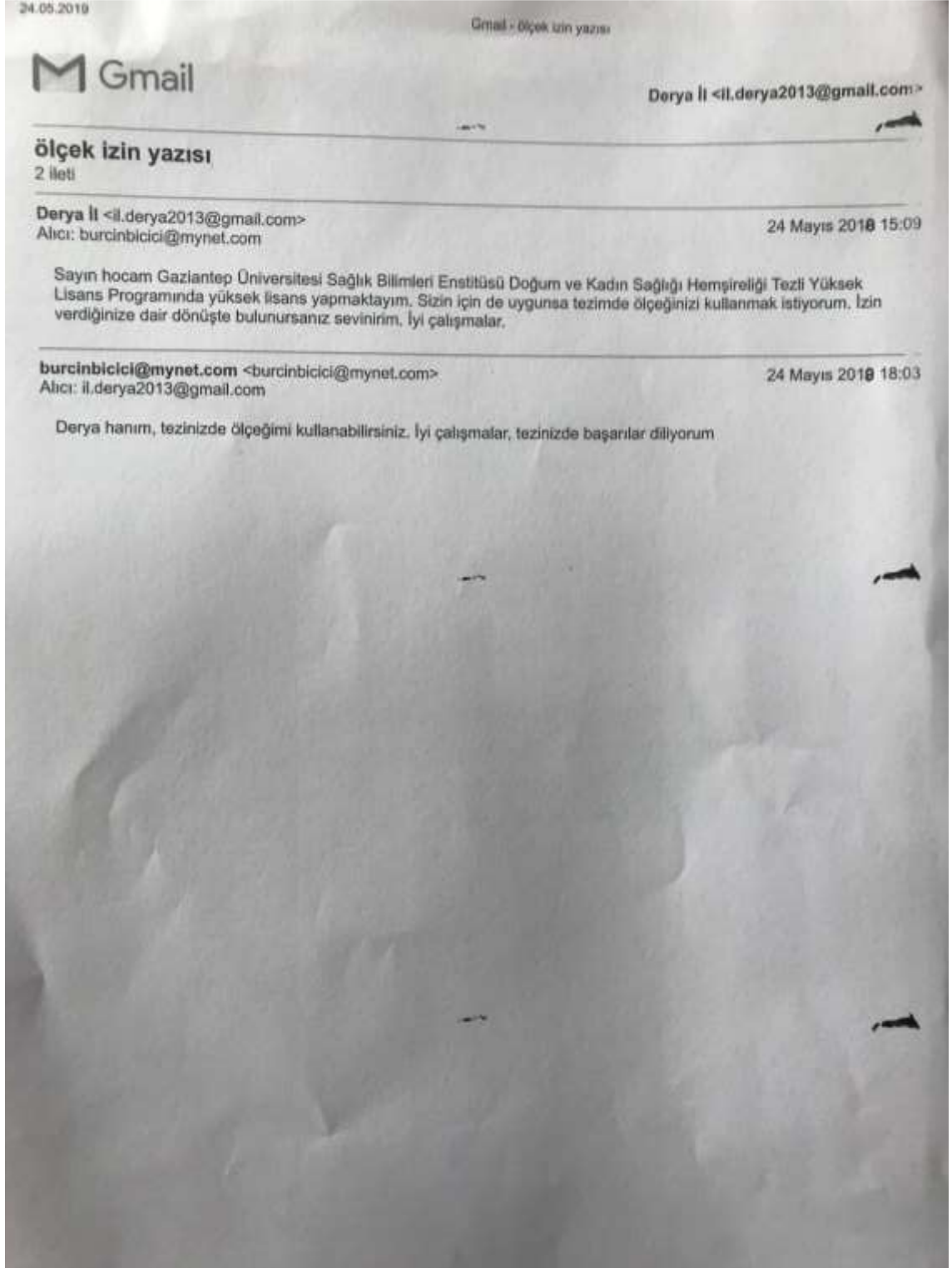
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'ndan araştırmanın uygulanabilmesi için alınan etik kurul izni

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
135					
KARAR					
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU, Yüksek Lisans Öğrencisi/ Derya AKSOY İL isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Diyarbakır'da çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Kurumdan Resmi Çalışma izninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.					
Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Assessing the attitudes of health workers working in Diyarbakır on violence against women" planned by Simge ZEYNELOĞLU, Derya AKSOY İL has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 23.06.2017		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	Hakan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	Zaferan YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
7	Doç. Dr.	Cemil GOYA	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
8	Doç. Dr.	Ezgi AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
9	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
10	Yrd. Doç. Dr.	M. Yusu BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
11	Yrd. Doç. Dr.	Dilehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DIYARBAKIR
Telefon: +90 412 248 80 01-16/4631 Faks: +90 412 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

Ek 6. Ölçek izni



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1983 yılında Diyarbakır’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Diyarbakır’da tamamladıktan sonra 2003 yılında Dicle Üniversitesi Siirt Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümüne girmiş, 2007 yılında mezun olmuştur. Araştırmacı, 2009 yılında Diyarbakır D.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamış ve halen burada hemşire olarak görev yapmaktadır. Araştırmacı 2016 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı kapsamında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Derya AKSOY İL