



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA UYGULANAN
ŞİDDETE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ŞİDDETİ
TANIMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sebahat AKIN

Çankırı 2023

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA UYGULANAN ŞİDDETE
İLŞKİN TUTUMLARI VE ŞİDDETİ TANIMAYA YÖNELİK
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Sebahat AKIN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr.Üyesi Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU

Çankırı 2023

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208208001 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, "Sebahat AKIN", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Sağlık Çalışanlarının Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutumları ve Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi: 06.11.2023

Tez Danışmanı:

**Dr. Öğr. Üyesi Esra ARSLAN
GÜRCÜOĞLU
Çankırı Karatekin Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi Sıdıka PELİT
AKSU
Gazi Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi Gökçe BANU
ACAR GÜL
Çankırı Karatekin Üniversitesi**

.....

İmza

Yukarıdaki sonucu onaylarım

**Doç. Dr. Nazan KAYTEZ
Enstitü Müdürü**

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans olarak hazırlayıp sunduğum “Sağlık Çalışanlarının Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutumları ve Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

imza
6 Kasım 2023
Sebahat Akın

ÖN SÖZ

Tez çalışmamın yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle her konuda yardımcı olan tezimi bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Esra Arslan Gürcüoğlu'na,

Ders dönemi ve yorucu geçen covid dönemlerinde bana her türlü yardımda bulunup, her konuda bilgisini ve zamanını ayıran Prof. Dr. Gülcihan Yıldırım hocama,

Beni bugünlere getiren hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen, her konuda ve her sıkıntıda yanımda olan emeklerinin karşılığını ömür boyu ödeyemeyeceğim Annem ve Babama,

Kastamonu İli Sağlık Müdürlüğüne bağlı merkez ve ilçe devlet hastaneleri bünyesindeki acil servislerde, yoğun çalışma tempolarına rağmen zaman ayırıp çalışmaya katılmayı kabul eden saygıdeğer sağlık çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY	ii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iii
ÖN SÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....	vii
TABLolar	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Şiddet	3
2.1.1.Kadına yönelik şiddet.....	3
2.1.2.Kadına yönelik şiddetin nedenleri.....	4
2.1.3. Kadına yönelik şiddetin türleri.....	5
2.1.3.1.Fiziksel şiddet	5
2.1.3.2.Psikolojik şiddet.....	6
2.1.3.3.Ekonomik şiddet	6
2.1.3.4.Cinsel şiddet.....	7
2.1.3.5.Siber şiddet.....	8
2.1.3.6.Tek taraflı ısrarlı takip.....	8
2.1.4. Dünyada kadına yönelik şiddetin durumu	8
2.1.5.Türkiyede kadına yönelik şiddetin durumu	9
2.2.Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddette Yeri	10
2.3.Türkiyede Şiddete Maruz Kalan Kadına Hizmet Veren Kurum ve Kuruluşlar	12
3.MATERYAL ve METOD.....	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	15
3.4. Veri Toplama Araçlar	16
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6.Verilerin Analizi	17
3.7.Araştırmanın Etik Yönü.....	18
4.BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	28
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	34
KAYNAKLAR.....	37
EKLER	44
ÖZGEÇMİŞ	53



KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ATT:	Acil Tıp Teknisyeni
ASPB:	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BM:	Birleşmiş Milletler
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HÜNEE:	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
KSGM:	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
KYŞ:	Kadına Yönelik Şiddet
ŞÖNİM:	Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
TCK:	Türk Ceza Kanunu
TDK:	Türk Dil Kurumu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNDESA:	United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNDP:	United Nations Development Programme
WHO:	World Health Organization

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 4.1. Araştırmaya ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.....	19
Tablo 4.2. Araştırmaya ilişkin kadına yönelik şiddet özelliklerinin dağılımı	20
Tablo 4.3. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı.....	21
Tablo 4.4. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması ...	22
Tablo 4.5. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması ...	25

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA UYGULANAN ŞİDDETE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ŞİDDETİ TANIMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

AKIN, Sebahat. Sağlık Çalışanlarının Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutumları ve Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2023.

Çalışma, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarını ve şiddeti tanımaya yönelik bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki çalışma, Ekim 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında Kastamonu merkez ve 13 ilçe devlet hastanesinin acil servislerinde çalışan toplam 191 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçimine gidilmemiş, belirtilen tarih aralığında evrenin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, sosyodemografik verileri ve şiddet ile karşılaşma durumunu sorgulayan soru formu, Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği ve Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek kullanılmıştır. Veriler, SPSS 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiş, frekans tabloları, tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Spearman Korelasyon testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması $33,69 \pm 11,12$ olarak belirlenmiş ve buna göre şiddete karşı geleneksellikten uzak ve modern bir görüşü benimsedikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin toplam ölçek puan ortalaması $19,31 \pm 3,74$ olup, bilgi düzeyleri kısmen yeterli bulunmuştur. Çalışma bulguları, sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve çalışma yılının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumu ve şiddete yönelik tutumları üzerinde önemli faktörler olduğunu göstermiştir ($p < 0.05$). Katılımcıların %63,4 'ünün kadın olduğu ve %58,7'nin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %88'inin klinikte kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı, %49,3'ünün çalıştığı kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin bir prosedürün varlığını bilmediği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %48,7'si öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim almadıklarını belirtirken, bu oran mezuniyet sonrası %59,7 olarak bildirilmiştir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının eğitim ve çalışma dönemlerinde kadına uygulanan şiddeti tanımaya yönelik eğitimlerin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Kadın, Sağlık Çalışanı, Tutum, Bilgi

INVESTIGATION OF HEALTH WORKERS ATTITUDES OF TOWARDS VIOLENCE AGAINST WOMEN AND KNOWLEDGE LEVELS TO RECOGNIZE VIOLENCE

SUMMARY

AKIN, Sebahat. Investigation of Health Workers Attitudes of Towards Violence Against Women and Knowledge Levels to Recognize Violence, (Master Thesis), Çankırı, 2023.

The study was conducted to examine the attitudes of healthcare professionals towards violence against women and their level of knowledge on recognizing violence. The descriptive study was conducted between October 2022 and March 2023 with the participation of 191 healthcare professionals in the emergency departments of Kastamonu central and 13 district public hospitals. No sample selection was made, and the entire universe was included in the study within the specified date range. In collecting data, a questionnaire questioning sociodemographic data and exposure to violence, the Attitude Scale towards Violence Against Women and the Scale for Nurses and Midwives to Recognize the Symptoms of Violence Against Women were used. Data were analyzed using SPSS 27.0 program, frequency tables, descriptive statistics, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Spearman Correlation test and Bonferroni correction were used. The total score average of the health workers' attitude scale towards violence was determined as $33,69 \pm 11,12$, and accordingly, it was determined that they adopted a modern and untraditional view towards violence. The total scale score average for healthcare professionals to recognize the signs of violence against women was $19,31 \pm 3,74$, and their knowledge level was found to be partially sufficient. Study findings showed that age, gender, marital status, profession and working year of healthcare professionals are important factors on their ability to recognize signs of violence against women and their attitudes towards violence ($p < 0,05$). It was determined that 63,4% of the participants were women and 58,7% were exposed to violence. It was determined that 88% of the participants encountered violence against women in the clinic, and 49,3% did not know that there was a procedure regarding violence against women in the institution where they worked. While 48,7% of healthcare professionals stated that they did not receive training on violence against women during their education, this rate was reported to be 59,7% after graduation. In this context, it is recommended to increase the training of healthcare professionals to recognize violence against women during their education and working periods.

Key words: Violence, Women, Healthcare Worker, Attitude, Knowledg

1.GİRİŞ

Şiddet çağlardır süregelen ve önemini kaybetmeyen son zamanlarda daha fazla üzerinde durulan bir kavramdır. Kadınlar ise bu durumdan en çok etkilenenlerdir. Tüm dünyada varlığını sürdürmekle beraber kadın ve erkek arasında toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Kara ve diğ. 2018). Partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmış 15 yaş ve üzeri kadın oranının Avrupa ve Merkez Asya’da yaklaşık %28, Güney Asya ve Sahra Altı Afrika’da %31, Bangladeş’te %52, Bolivya’da %59, Afganistan’da %51, Türkiye’de ise %38 olduğu bildirilmektedir (UNDP, 2020). Acil servisler; 365 gün ve 24 saat sürekli açık olan, başvurular acil olmasa dahi bir hekim tarafından değerlendirilen, sık başvuru olan, kolay ulaşılabilir yerlerdir. Bu sebepten dolayı şiddete uğramış kadınların ilk başvuru yeri olabilmektedir (Önder, 2021). Bir çalışmaya göre fiziksel ve cinsel şiddet gören kadınların şiddet görmeyenlere göre üç kat daha fazla tıbbi ve hukuki yardıma başvurdukları bildirilmektedir (Alçay ve diğ. 2015).

Sağlık kurumları, şiddet görmüş kadınlara kapsamlı bir sağlık hizmeti sunarak önemli bir rol üstlenmekte; kadının diğer destek hizmetlerine yönlendirilmesinde bir başlangıç noktası olarak görev yapmaktadır (World Health Organization [WHO], 2021). Şiddet mağduru kadını tanımak, erken tanı, müdahale ve destek için imkan vermekte fakat ne yazık ki muayene sırasında bu fırsat çoğu zaman kaçırılmaktadır. Zaman kısıtlılığı, yoğun iş yükü, yetersiz pratik ve tecrübe, hastayı rencide etmekten ve polisi aramaktan çekinmek gibi birçok engel taramanın önüne geçmektedir (Tawrov, Bloom, Withers, 2021).

Sağlık çalışanlarının, eş şiddetinin yol açtığı veya katkıda bulunduğu hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle hastaneye başvuran kadınlarla düzenli olarak karşılaştıkları düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından sağlık uygulayıcıları ve öğrencileri için şiddet mağdurları kadınların tanınması, uygun uzmana ve hukuki desteğe yönlendirilmesi yeterliliğinin sağlanması amacıyla yapılan eğitimlerin arttırılması çağrısı yapılmaktadır (Sawyer ve diğ. 2020). Acil servis sağlık çalışanlarının şiddete uğramış kadın hastanın tanı ve tedavisinde, görev ve

sorumluluklarını yerine getirmede, kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi düzeylerinde aldıkları eğitimlerin önemli olduğu bilinmektedir (Arslan ve Erkan, 2016). Sağlık çalışanları kadına yönelik şiddetin azaltılmasında, erken tanı ve tedavi hizmeti veren kadına yönelik her türlü ayrımcılığı önlemede önemli bir konumdur. Farklı hasta profilleri ile karşılaşan sağlık çalışanları, kadına yönelik şiddet ile ilişkili geleneksel tutumlardan uzak olmaya çabalamalıdır (Dişsiz ve Hotun, 2008).

1.1. Çalışmanın Amacı

Kadına yönelik şiddeti önlemek ve azaltmak amacıyla sağlık çalışanların bazı görev ve sorumlulukları vardır. Sağlık çalışanlarının sahalarda her türlü sosyokültürel yapıda hastalar ile karşılaşmakta, tanı ve tedavi esnasında yakın ilişkiler kurabilmektedir. Bu durum kadına yönelik şiddeti saptama, erken tanı açısından sağlık çalışanları kilit rol oynamaktadır. Şiddete maruz kalan kadın sağlık kurumlarında hayatı tehdit eden durumlar için gerekli takip ve tedavinin yanı sıra sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti teşhis etme, risk değerlendirmesi yapma, psikolojik destek sağlama ve diğer hizmetler için yönlendirme gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bu çalışmada acil servisteki sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi düzeylerini ve tutumlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Şiddet

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğünde şiddetin birden fazla tanımı bulunmaktadır. Bunlar, bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğînlîk, sertlik; hız; bir hareketten doğan güç; karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma; kaba güç; duygu veya davranışta aşırılık olarak yer almaktadır (TDK, 2022). WHO ise şiddeti “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” şeklinde tanımlar (WHO, 2002). Bireyin psikolojik, cinsel, fiziksel veya ekonomik yönden zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali olan hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren her türlü tutum ve davranıştır (Adalet Bakanlığı, 2022). Literatürde şiddet ile ilgili birçok tanım yapılmış ve bu tanımların benzer noktaları olduğu belirlenmiştir. Tanımların ortak noktasının karşı tarafa fiziksel ve ya ruhsal zarar vermek olduğu görülmüştür (Açıkgöz, 2014).

2.1.1.Kadına yönelik şiddet

Kadına yönelik şiddet, kadının özel hayatında ya da toplum içinde fiziksel, cinsel veya ruhsal açıdan zarar vermek amacıyla kadına yönelen, özgürlüklerinin sınırlandıran ve kadına kadın olduğu için yapılan her türlü davranıştır (Mutlu, 2016). Şiddet insanlık tarihi ile beraber günümüze kadar varlığını kabul ettirmiş bir olgudur, ancak şiddet dendiğinde akla gelen ilk tür maalesef ki kadına yönelik olanıdır. Yeryüzünde kadına yönelik şiddet, sadece kadını değil tüm toplumu etkileyen kültürel, coğrafi, dinî, toplumsal ve sosyoekonomik farklılıkların bir öneminin olmadığı kadına yönelik yapılmış en büyük hak ihlalidir (Sevil ve diğ. 2015). Tüm dünyada özellikle kadına yönelik şiddet, her yaş grubunda, her ırkta, her etnik kökünde ve her sosyo-ekonomik düzeyde çok boyutlu ve gittikçe içselleştirilen biçimlerde ortaya

çıkılmaktadır. Çatışma ve şiddetin egemen iletişim biçimine dönüşmesi en çok da kadın özneye zarar vermektedir. Zira özgüvenini yitiren, aşağılayıcı sözler işiten, alay edilen, düşüncelerine önem verilmeyen, aile ve arkadaşlarıyla görüştürülmeyen, suçlanan, dövülen, ölümle tehdit edilen kadın gittikçe içine kapanmaktadır (Türkyılmaz, 2018).

2.1.2.Kadına yönelik şiddetin nedenleri

Biyopsikososyal, kişisel, kültürel birçok etkene bağlı olarak ortaya çıkan şiddet, sadece şiddet gören bireyi değil tüm toplumu etkilemektedir (Çakmak, Çapar, Konca ve Korku, 2017). Son yıllarda ağırlaşan yaşam koşulları, artan sosyal ihtiyaçlar, ekonomik yetersizlikler ile birlikte tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi süreci de kadına yönelik şiddet vakalarında artışa sebep olmuştur (Ünal ve Gülseren, 2020). Kadına yönelik şiddetin ortaya çıkmasını, tekrarlanmasını ve oranını etkileyen pek çok faktör vardır. Kadına yönelik şiddet genelde her türlü toplumda ve kesimde görülmesine rağmen, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük, evliliklerinde sorun yaşayan, boşanmış veya boşanmakta olan, daha önce şiddete maruz kalmış ve yeti yitimi olan kadınların şiddete maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Usher ve diğ. 2020). Bunlara ek olarak erkek egemenliğinin baskın olduğu, sosyal ve hukuki destek sistemlerinin yetersiz olduğu az gelişmiş ülkelerde kadına yönelik şiddet oranlarının yüksek olduğu şiddetin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Ford, Graham-Harrison, Giuffrida ve Smith, 2021).

Ataerkil toplumlarda erkeklerin kadınlar üzerinde egemenliği söz konusudur. Erkekler aile reisliği ve hiyerarşisini korumak, güçlerini ifade etmek ve kadınların sosyal kontrolünü sağlamak amacıyla şiddete başvurabilmektedir. Özellikle yoksul toplumlarda, madde ve alkol kullananlarda, çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalanlarda, ruhsal sorunu olanlarda ve ateşli silah kullananlarda şiddet uygulama eğilimi yüksektir (Gibbs ve diğ. 2020). İletişim kurmada yaşanan sıkıntılarda şiddete sebep olabileceği düşünülmektedir. Toplumun iletişim becerilerini geliştirmeleri ve öfke kontrollerini sağlamaları şiddetin meydana gelmemesi açısından önem teşkil etmektedir (Genç, Altıparmak ve Ustabası, 2019).

Şiddeti meydana getiren bireysel nedenler incelendiğinde güç, otorite, psikolojik durum, ekonomik faktör ve bireyin geçmiş yaşantıları etkili olabilmektedir. Kadına yönelik şiddete sebep olan kişisel faktörler kişinin geçmişi, biyolojik ve

demografik etkenler, psikolojik bozukluklar veya kişinin geçmişte şiddete maruz kalması veya şahit olması olarak tanımlanmaktadır (Delice ve Teymur, 2013).

Koronavirüs pandemisinden her ülke farklı biçimde etkilenmiş olsa da özellikle kadınlar üzerindeki etkileri pek çok ülkede benzer özellikler taşımaktadır. Pandemi sürecinin kadın hayatına ve sağlığına getirdiği olumsuz etkiler, kadınların birçok yönden daha fazla risk altında olmasına, birçok kadının ihtiyaç duyduğu desteğe erişememesine ve kadına yönelik şiddetin artmasına neden olmuştur (Liao, Wang ve Kang, 2020). Evlerde şiddet uygulayan partner/eşle kısıtlı kalmanın yanında; toplumda salgın hastalık ile ilgili genel bir korku ve belirsizlik, artan işsizlik ve ekonomik sıkıntıların yol açtığı psikolojik sorunlar, sağlık sistemine erişim zorlukları, evde izole olmanın getirdiği alkol tüketiminde artış gibi bir çok faktörün kadına yönelik şiddeti arttırdığı bildirilmektedir (Peterman ve diğ. 2020). Salgının ilk ortaya çıktığı yer olan Çin'in Wuhan şehrinde, Şubat 2020' de ev içi şiddet vakalarının bir önceki yıla göre üç kat arttığı, bu vakaların %90'ının pandemi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (John ve diğ. 2020). DSÖ'ye üye olan Avrupa ülkelerinde, pandemi döneminde kadına şiddet olaylarının bildirilmesinin %60 oranında arttığı ortaya çıkmıştır (Viore ve diğ. 2021). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 2020 Mart ve Nisan aylarında ev içi şiddete maruz kalarak başvuran kadın hasta sayısının, bir önceki yılın aynı dönemine göre üç kat arttığı bildirilmiştir (Ergönen, Biçen ve Ersoy, 2020).

2.1.3. Kadına yönelik şiddetin türleri

Genellikle şiddetten bahsedildiğinde akla gelen ilk çağrışım fiziksel şiddet olmaktadır. Ancak şiddet olgusu sadece fiziksel şiddetten ibaret olmayıp birçok farklı türü ve ifadeleri kapsamaktadır (Özçakar, 2017). Kadına cinsiyet nedeniyle uygulanan şiddetin tanımlarına ve şiddet vakalarına bakıldığında zaman kadınların en sık maruz kaldığı şiddet türleri; fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddettir (Kımtar ve Sezgin, 2018). Bununla birlikte siber şiddet, mobbing, ısrarlı takip gibi farklı şiddet türlerinin de sınıflandırmaya dahil edilmesi mümkündür (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele 4.Eylem Planı, 2021).

2.1.3.1.Fiziksel şiddet

Kadına karşı fiziksel şiddet kadının bedenine acı çektirme ve zarar vermeye yönelik eylemlerle gerçekleştirilen, yaralama ve öldürmeyle son bulabilen şiddet türüdür. Sert ve kızgın cisimler, sopa, bıçak, silah gibi nesneler kullanılabilmektedir

(Öztürk, 2014). Bu şiddet biçimi, fiziksel üstünlük kurarak, bedene temas ederek ya da eşya kullanarak uygulanabilir. Yumruk atmak, tokat atmak, ısırma, boğma, tekmelemek, bıçakla yaralamak, kafasına sandalye fırlatmak fiziksel temas içeren şiddet biçimlerine örnek gösterilebilir (Morçatı, 2022).

Sahada fiziksel şiddet olguları en sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkmaktadır. Ekimoz ve sıyrıklar görülen en sık belirtilerdir (Polat, 2016). Kadını ikinci planda gören ataerkil toplumlarda kadınlara zorla yaptırılan her tür muamele şiddet tanımının içinde yer almaktadır ve şiddet uygulayan erkekler kadınların birinci derece akrabaları (abisi, oğlu, eşi, babası ya da dayısı vs.) olduğu görülmektedir (Görgün ve diğ. 2017).

2.1.3.2. Psikolojik şiddet

Psikolojik şiddet, kadını küçük görerek kadının bir işi yapamayacağını, beceremeyeceğini belirten ifadeler dile getirme, kişiliğini ve fikirlerini önemsemeyen hal ve hareketler, bağırma, lakap takma, davranışlarını sürekli olarak eleştirme, emir verme, surat asma, davranışlarını ve yaptıklarını sürekli olarak kontrol etme gibi birçok örneği bulunmaktadır (Uluocak ve diğ. 2014).

Psikolojik şiddet gören bireyde diğer şiddet türlerine göre gözle görülür fiziksel bir ibare olmadığı için ispat edilmesi oldukça zordur. Buna rağmen diğer şiddet türlerinden fiziksel bir göstergesi olmadığı için de en zor ayrılan şiddet türüdür (Rogers ve Follingstad, 2014). Psikolojik şiddet, en fazla görülen şiddet türü olmanın yanı sıra fiziksel şiddete dönüşme olasılığı en mümkün olanıdır (Cömert, 2020). Yapılan bir çalışmada kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez şiddet türlerinden bir ya da birkaçına maruz kalma oranları %59,3 olarak tespit edilmiştir. Psikolojik şiddet oranı ise %51,6 ile en yüksektir (Özcan ve Uzun, 2023).

2.1.3.3. Ekonomik şiddet

Ekonomik gücün düzenli bir biçimde kadın üzerinde güç ve kontrol aracı olarak kullanılması şeklinde ekonomik şiddet tanımını yapabiliriz (Tokgöz, 2019). Kadına uygulanan ekonomik şiddetin gösterimleri arasında çalışan kadının parasını kontrol etme ve denetleme (kadının maaş veya kredi kartını alma vs.), kadın çalışmıyor ise evin ekonomik ihtiyaçları için yetersiz kaynak ayırma, kadını çalışması için veya işi bırakması için baskı yapma, kadını eğitim hayatından mahrum bırakma sayılabilir (Akkaş ve Uyanık, 2016). Yapılan bir çalışmada bu davranışlardan en az birine

yaşamının herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı %30'dur ve kadınlar tarafından en fazla belirtilen seçenek çalışmaya engel olmadır (Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü[KSGM], 2014).

2.1.3.4.Cinsel şiddet

Kadına yönelik uygulanan cinsel şiddet, kadının isteği olmadan kadınla ilişki kurma, cinsel birliktelik yaşama, fiili ve sözlü taciz olaylarını içermektedir. Cinsel şiddet, cinselliğin tabu olarak kabul edildiği, şeref ve namus gibi olguların kadın cinselliği üstünden ifade edildiği toplumlarda ortaya çıkarılması oldukça zor olan bir şiddet türü olarak varlığını sürdürmektedir. Kadını istemediği şekilde ve zamanda cinsel birlikteliğe zorlamak, cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz bırakmak, tecavüz etmek, cinsel birliktelik esnasında bilerek ve isteyerek canını yakmak, farklı bireylerle cinsel ilişkiye zorlamak, doğum kontrol araçlarını kullanmasını istememek, cinsel uzvuna zarar vermek, töre ve namus sebebiyle üzerinde baskı kurmak ve canına kast etmek gibi davranışlar cinsel şiddet göstergesidir (Akkaş ve Uyanık, 2016). Cinsel şiddeti uygulayanlar sadece eğitimsiz, yoksul ve suça eğilimli insanlar olarak düşünülmemelidir, her türlü sosyoekonomik seviyeden, meslek grubundan, eğitim düzeyinden veya yaştan olabilmekte ve medyada gördüğümüz bu olumsuz durumlar kadına yönelik cinsel şiddetin önlenmesini güç duruma getirmektedir (Önder, 2021).

Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada evlenmiş kadınların %12'si yaşamın herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir ve en sık ifade edilen cinsel şiddet davranışı ise kadının istemediği halde korktuğu için cinsel ilişkiye girmek olmuştur (Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması, 2014). Bu oranlar daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Dünyada ve ülkemizde bazı kesimlerin inanişına göre evlilik, erkeklere dilediği zaman cinsel ilişkiye girme hakkı, cinsel yaşamda belirleyici olma rolü tanımaktadır ve bunu benimsemiş kadınlar ise yaşadıkları bu durumun cinsel şiddet olduğunun farkına bile varamamaktadır (Kılıçoğlu, Buran ve Küçük, 2016). Birleşmiş Milletler verilerine baktığımızda insan ticareti mağdurlarının dörtte üçünden fazlasının kadınlar olduğu ve çoğunun da cinsel sömürü amacıyla kaçırıldığı da ifade edilmektedir (WHO, 2020). Bunların yanı sıra özellikle duygusal ve cinsel şiddetin belirlenmesi diğer şiddet türlerine göre daha zordur (Genç, 2016).

2.1.3.5.Siber şiddet

Siber şiddet; sanal şiddet, çevrimiçi şiddet, siber zorbalık, siber taciz gibi farklı ifadeleri olan teknolojinin gelişmesi sıklığı artan bir şiddet türüdür. Literatür de siber şiddete maruz kalan ve bu durumdan en çok zarar gören kesimin kadın olduğu bildirilmektedir. Siber şiddet cinsiyete dayalı; cep telefonları, internet, sosyal medya platformları veya e-posta gibi bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile meydana gelen kadınları etkileyen kadına yönelik bir şiddet türü olarak tanımlanmaktadır (Seçkin ve Selçuk, 2023).

Büyüyen internet bağlantıları ile birlikte kadına yönelik şiddetin yeni bir türü olarak karşımıza çıkan siber şiddetin yaygınlığı giderek artan bir olgudur. Yapılan araştırmada 15 yaşından sonra her 10 kadından 1'inin siber şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü, 2017).

2.1.3.6.Tek taraflı ısrarlı takip

Türkçe karşılığı “musallat olma”, “dadanma”, “sırnaşma” olan bu kavram “6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna İlişkin Uygulama Yönetmeliği”nin 3'üncü maddesinde “Aralarında aile bağı veya ilişki bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, şiddet uygulayanın, şiddet mağduruna yönelik olarak, güvenliğinden endişe edecek şekilde fiziki veya psikolojik açıdan korku ve çaresizlik duygularına sebep olacak biçimde, içeriği ne olursa olsun fiili, sözlü, yazılı olarak yada her türlü iletişim aracını kullanarak ve baskı altında tutacak her türlü tutum ve davranış” şeklinde yer almaktadır. Sık sık telefonla arama, sürekli kısa mesaj, mektup veya e-posta gönderme, sosyal medyada takip etme, kadının çalıştığı ya da yaşadığı yerlerde durmaksızın karşısına çıkarak rahatsız etme gibi hal ve hareketler tek taraflı ısrarlı takibe örnek teşkil etmektedir (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele 4.Eylem Planı, 2021).

2.1.4. Dünyada kadına yönelik şiddetin durumu

Kadına yönelik şiddetin yaygınlığını belirlemek amacıyla uluslararası ve ulusal kuruluşlar tarafından birçok çalışma gerçekleştirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 161 ülkeyi kapsayan kadına yönelik şiddet yaygınlık raporu yayınlanmıştır. Rapora göre partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalan kadın

oranları 15-49 yaş arasında yaşamın herhangi bir dönemi için %27 olarak bulunmuştur. Bölgelere göre incelendiğinde kadına yönelik şiddet yaygınlığının en düşük olduğu bölgenin Güney Avrupa (%16), en yüksek olduğu bölgenin Güney Asya (%35) olduğu görülmüştür. Kadına yönelik şiddet yaygınlık verilerinin son 1 yılda en yüksek olduğu ülkeler Sahra Altı Afrika (%20), en düşük ülkeler ise Avustralya ve Yeni Zelanda (%3)'dür (DSÖ, 2021).

Kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığını araştırmak için Avrupa'da 5976 kadın ile yapılan bir araştırmada yaş aralığı 18-29 olan kadınların %5,7'sinin fiziksel, %1,4'ünün cinsel, %6,1'inin fiziksel ve cinsel şiddete beraber maruz kaldığı bulunmuştur. Psikolojik şiddetin 15 yaş sonrası yaygınlığı ise %28,7'dir. Psikolojik şiddet yaygınlığının diğer türler ile birlikte arttığı ve bu değer %47,9'a ulaştığı belirtilmiştir (Sanz-Barbero, Pereira, Barrio ve Vives-Cases, 2018).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Bakanlığı (UNDESA) tarafından yayınlanan raporda 15-49 yaş aralığında olan kadın ve kız çocuklarının son 1 yılda partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalma oranının %18 olduğu saptanmıştır (UNDESA, 2020).

Kadına yönelik eş şiddetinin sıklığının araştırılması için 20-59 yaşları arasında 2462 Taylandlı kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %15'i son 1 yılda eş şiddetine maruz kaldıklarını belirtmiş bu oranlar psikolojik şiddet sıklığı %60-68, cinsel şiddet sıklığı %62-63, fiziksel şiddet sıklığı ise %52-65 olarak bulunmuştur (Chuemchit ve diğ. 2018).

2.1.5. Türkiye'de kadına yönelik şiddetin durumu

Kadına yönelik şiddet tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde çözülmesi gereken en önemli ortak sorunlardandır (Yüksel Kaptanoğlu, Çavlin ve Akadlı Ergöçmen, 2015). Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarına göre yaklaşık her 10 kadından 4'ünün partneri tarafından hayatının herhangi bir devresinde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Eğitim seviyesi düşük, ekonomik özgürlüğü olmayan, kırsal bölgede yaşayan, 24 yaşından küçük ve erken evlilik (18 yaşından önce) yapmış olan kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (KSGM, 2021).

Ülkemizde evli kadınların fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı (%36) cinsel şiddete (%12) göre daha yaygın bulunmuştur. Kadınlar yaşamları boyunca fiziksel

veya cinsel şiddetin en az birine maruz kaldığını(%38) ve genellikle fiziksel şiddet ile birlikte cinsel şiddetinde uygulandığını ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada duygusal şiddet oranı %44, ekonomik şiddet oranı ise %30 olarak saptanmıştır (KSGM, 2015).

Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından ulusal düzeyde gerçekleştirilen araştırmalarda fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete uğrayan kadın oranının 2008 yılında sırasıyla %39.3, %15.3, %44.0 ve 2014 yılında ise %35.5, %12.0 ve %43.9 olduğu belirtilmektedir (HÜNEE, 2009, 2015).

2.2.Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddette Yeri

Şiddete maruz kalan kadının sıklıkla ilk iletişime geçilen kişiler arasında yer alan sağlık çalışanları kadına yönelik şiddeti azaltmada ve önlemede önemli bir yere sahiptir. Kadınlara yönelik tekrarlayan şiddet vakalarını önlemede ve şiddet ile karşılaştıkları durumlarda korunmak için plan yapma, başvurabilecekleri kurumlar hakkında bilgi verme, gizliliğe dikkat ederek hızlı ve etkili hizmet verme açısından sağlık çalışanları önemli bir noktadadır (WHO, 2014).

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete karşı, kadının hak ve hukukunu gözetmeli ve kadına her türlü desteğin sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte kadına yönelik şiddet ile ilgili öğretim ve çalışma hayatında eğitimler almalı, bilgileri güncel olmalı ve bu doğrultuda sağlık hizmeti vermesi sağlanmalıdır (Okutan, 2007). Kadına yönelik şiddet ile karşılaşan sağlık çalışanının yasal yükümlülükleri bulunmaktadır (Türk Ceza Kanununun [TCK] 5237 sayılı 280. Maddesi). Görevi esnasında bir suçun varlığına dair bir bulgu ile karşılaştığında olayı yetkili mercilere bildirmeyen ya da bu konuyla ilgili gecikme gösteren sağlık çalışanlarının (eczacı, tabip, diş tabibi, hemşire, ebe ve sağlık hizmeti vermekte olan diğer meslek mensuplarının) bir yıla kadar hapis cezasıyla yargılanabileceği belirtilmektedir (TCK, 2004).

Acil servisler şiddet sonrası oluşan travma yada diğer sağlık sorunları açısından en çok başvuru alan kurumlardır. Şiddet mağduru kadınların yanlış bilgi vermesi veya şiddeti gizlemek istemesi gibi sebeplerden dolayı şiddetin sağlık çalışanları tarafından tanınması oldukça güçtür (Özvarış ve diğ. 2008). Acil sağlık hizmetleri 365 gün 24 saat aralıksız ulaşılabilir olması hastanın sağlık sistemiyle ilk karşılaşılacak kurumların başında gelmesini sağlamaktadır (Popovich ve diğ. 2012). Acil servislerin en önemli noktası, ani ve hızlı gelişen, ivedilikle müdahale gerektiren

hayati durumlarda ilk başvuru kurumlarıdır (Tam, Chung ve Lou, 2018). Acil servislerin özellikle son zamanlarda aşırı yoğunluk gözlenmekte ve kötüye kullanımının arttığı bilinmektedir. Bunun sebepleri arasında polikliniklerden randevu almanın zorluğu, artan göçler, acil serviste bazı işlemlerin daha hızlı hallolması (tetkik-tedavi, laboratuvar sonuçları vs.), acil servislere ulaşımın kolay olması şeklinde sıralanabilir (Üzer ve diğ. 2022).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaştıklarında anamnez alma, tanı-tedavi işlemleri, gerekli kayıtların tutulması ve ilgili mercilere bildirilmesi, kadına gerekli bilgilendirmenin yapılması ve güvenlik önlemlerinin alınması gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Özvarış ve diğ. 2008). Muiene esnasında sorgulanmayan her kadına yönelik şiddet vakası tekrarlanmakta ve bir sonraki başvurularda daha ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Fakat yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet vakalarında olaya müdahale için isteksiz oldukları belirtilmektedir (Biriken, 2008). Bu durumun sebepleri arasında eğitim programlarındaki eksiklikler ve yetersizlikler, kişisel faktörler (kendini yetersiz görme, müdahalenin daha kötü olaylara yol açabileceği düşüncesi vs.) şiddetin sorgulanmasını etkileyebilmektedir (Özvarış ve diğ. 2008).

Şiddete uğrayan kadınlar bu durumu gizlemekte (utanma, alışılmış şiddet öyküsü, sağlık çalışanlarına güvenmeme vs.) ve herhangi bir destek için kurumlara başvurudan kaçınmaktadırlar. Kadına yönelik şiddet ile mücadele etmek için birçok kurum ile işbirliği içerisinde olmak gerekmektedir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının ve adli personelin kadına yönelik şiddetin tespitini ve müdahalesini iyi bilmeleri ve şiddete maruz kalan kadın ile iletişimi büyük önem taşıdığı görülmektedir (Dağcı ve Ören, 2019).

Ülkemizde acil servislerde kadına yönelik şiddet ile karşılaşıldığında izlenecek yol Sağlık Çalışanları Kılavuzuna bakıldığında şu şekildedir,

- Şiddete maruz kalmış kadını yakınlarından ayırarak yalnız bir odaya alma,
- Şiddete ilişkin soru sorma,
- Anamnez alma, tanı-tedavi planlama ve dosya oluşturma, gerekiyorsa daha ileri tetkik ve tedavi için sevk etme,
- Risk değerlendirilmesi, güvenlik planı, bilgilendirme,

- İzleme planı yapma,
- Gerekli durumlarda şiddete maruz kalan kadınları koruyan ve destekleyen kurum ve kuruluşlara yönlendirme, şiddetin resmiyet kazandırmak amacıyla kayıtları tutma, ilgili mercilere bildirme
- Diğer sektörlerle işbirliği şeklinde sıralanmıştır (Aile içi Şiddetle Mücadele, 2016).

2.3.Türkiye’de Şiddete Maruz Kalan Kadına Hizmet Veren Kurum ve Kuruluşlar

Türkiye’de yapılan araştırmaya göre fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların % 89’unun herhangi bir kuruma başvurmadığı belirlenmiştir. Başvuru halinde ise ilk sırayı polislerin aldığı saptanmıştır. Bu başvuruların % 29’u eşi ile uzlaştırılmış, % 23’üne tedbir kararı çıkarttırılmış, % 41’i başka kurum ve kuruluşlara yönlendirildiği, %13’ü için ise hiçbir şey yapılmadığı ortaya çıkmıştır (Kadına Yönelik Şiddet Araştırmaları, 2014).

Türkiye’de kadınlara yönelik şiddet konusunda kurum ve kuruluşların verdiği hizmetlere bakıldığında karşımıza ilk olarak **Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı** çıkmaktadır. Bakanlık bünyesinde hizmet veren il müdürlüklerinde çalışan sosyal çalışmacılar tarafından şiddet mağdurlarına yönelik çeşitli yönlendirmeler yapılabilmektedir (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı 2021-2025, 2021). Bireysel ve toplumsal bir sorun olan kadına yönelik şiddetle mücadele, multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na (ASPB) bağlanan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü kadınlara yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici sosyal hizmet faaliyetlerini yürütme ve koordine etme gibi görevleri bulunmaktadır (Sağlık Çalışanları Kılavuzu, 2016).

Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi(ŞÖNİM): Kadına yönelik şiddeti azaltmak ve önlemek için etkili tedbirler almak ve kadına her türlü destek ve danışmanlığın yapıldığı daha çok kadın personelin görevlendirildiği yedi yirmi dört saat esasına göre çalışılan kurumlardır (Resmi Gazete, 2016). Uzun süren adli ve tıbbi işleyişe istinaden şiddete maruz kalmış kadının daha fazla sorun yaşamaması için bu

hizmet ortaya çıkmıştır. Şiddet mağduru kadına hızlı müdahale ve süreci kolaylaştırmak amacıyla kadınların sosyal ve psikolojik iyilik halini arttırmayı amaçlayan merkezlerdir (Altıparmak, 2015). Şiddeti önleme ve izleme merkezleri, şiddete maruz kalmış kadınlara barınma desteği, maddi yardım, tıbbi ve hukuki destek, danışmanlık hizmetleri, kadının çocuğuna yönelik ihtiyaçların karşılanması gibi bir çok farklı konuda kadınların kendi yaşamları üzerinde söz sahibi olmalarına ve kendi ayakları üzerinde durabilmelerine katkı sağlayan hizmet birimleridir (Kumcağız, Aydın, Talay, Gürkan ve Kinsiz, 2018).

Konukevi: Her türlü şiddet ve istismara uğrayan kadınların şiddetten korunması, psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözülmesi ve bu süreçte kadınların çocukları ile birlikte ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla geçici süreyle kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Kadın konukevi, sığınmaevi, kadın sığınağı, kadınevi, şefkatevi, kadın konukevi, sığınmaevi, kadın sığınağı, kadınevi, şefkatevi gibi birden çok adlandırılması mevcuttur (Resmi Gazete, 2016).

ALO 183: Şiddet ile mücadele hattı olarak bilinen ALO 183 aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı, şehit yakınları ile gaziler ve gazi yakınlarını kapsayan, çağrıları değerlendiren, şiddete yönelik rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunmaktadır. Aynı zamanda ihmal, istismar, şiddet, töre ve namus cinayetlerini engellemek için tedbir amacıyla ihbarlar alınmakta ve vakanın bulunduğu ilde görevli Acil Müdahale Ekip Sorumlusuna ve/veya kolluk kuvvetlerine duruma göre bildiri yapılmaktadır. Ekipler kısa zamanda vakaya müdahale etmekte, gerekli durumlarda emniyet veya jandarma birimleri ile koordinasyon sağlayarak, en kısa zamanda olaya müdahale edilmektedir (TC Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Adalet Bakanlığı yapısında yer alan aile mahkemeleri, cumhuriyet başsavcılıkları ve baroların kadın hakları merkezleri kadına yönelik şiddete yönelik hizmet veren birimleridir. Birinci derece yetkiye sahip olan aile mahkemeleri kadına yönelik şiddet durumlarında koruyucu ve önleyici tedbirler alabilmekte, danışmanlık hizmeti verebilmekte ve aile hukukundan doğan her türlü dava bu mahkemelerce görülmektedir (Öztürk, Öztürk ve Tapan, 2016). Cumhuriyet Savcılığı tarafından kadına uygulanan şiddete yönelik soruşturma işlemleri ve tedbirler birlikte yürütülmektedir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

KADES (Kadın Destek Uygulaması): Bu uygulama son zamanlarda süregelen kadına yönelik şiddet vakalarını azaltmak ve mağdur kadınlara yardım

ulaştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Eşinden veya herhangi birinden şiddet gören ya da şiddete maruz kalma ihtimali yüksek olan kadınlar tarafından akıllı telefonlara indirilen uygulama sayesinde mağdur kadınlar tek bir tuş yardımı ile Kadın Acil Destek İhbar Sistemi'ne başvurabilmektedir. Olay yerine en yakın ekiplerin devreye sokularak olaya hızlı ve etkili müdahalesi planlanmaktadır (İçişleri Bakanlığı, 2018). KADES uygulaması internet aracılığı ile gerçekleştiğinden internet erişimi kesilmesi halinde gelişecek aksaklıklar uygulamanın dezavantajı olarak düşünölmektedir (Kaplan ve Yıldırım, 2022).

Sağlık Kuruluşları: Şiddete uğrayan kadınlar hastanelerin acil servisleri, aile hekimliğı, sağlık ocakları sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir. Acil sağlık müdahalesi gerektiren durumlarda ilgili kuruluşlara erişim için 112 Acil telefon hattından aranabilmektedir (Çalmuk, 2022).

İçişleri Bakanlığı: Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü gibi yapılar yer almaktadır.

Diğeri: Belediyeler, Sivil Toplum Kuruluşları, Barolar, İŞKUR (Sağlık Çalışanları Kılavuzu, 2016).

3.MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kastamonu Eğitim Araştırma Hastanesi ve İlçe Devlet Hastanelerinde (Taşköprü, Devrekani, Araç, Çatalzeytin, İnebolu, Bozkurt, Pınarbaşı, Azdavay, Cide, Küre, Abana, Tosya ve Daday İlçe Devlet Hastanesi) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulaması 10.10.2022-31.04.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kastamonu Eğitim Araştırma Hastanesi ve İlçe Devlet Hastanelerinin (Taşköprü, Devrekani, Araç, Çatalzeytin, İnebolu, Bozkurt, Pınarbaşı, Azdavay, Cide, Küre, Abana, Tosya ve Daday İlçe Devlet Hastanesi) acil servislerinde çalışan doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, paramedik, acil tıp teknisyenleri (ATT) oluşturmuştur. İsmi geçen hastanelerin acil servislerinde toplam 362 kişi görev yapmaktadır. Araştırmada gönüllülük esas alınmış örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya acil serviste çalışan, çalışmaya gönüllü olarak katılan ve Türkçe bilen sağlık çalışanları dahil edilmiştir. Araştırma süresince araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, nöbet izninde veya yıllık izinde olanlar, geçici görev ile başka kurumlara görevlendirilenler, sağlık sorunları nedeniyle raporlu olanlar ve süt izninde olanlar, veri toplama araçlarını eksik veya yanlış dolduranlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu kapsamda ismi geçen hastanelerin acil servislerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 191 sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçlar

Soru Formu (EK-1) , Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Baysan ve Karadağlı,2006; Sarıbiyık, 2012; Kara ve diğ. 2018; Önder, 2021) hazırlanan 16 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik Bilgiler, içerisinde yaş, cinsiyet, medeni durum gibi tanımlayıcı verileri elde etmek amaçlı sorular ve kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumunu tespit eden sorular mevcuttur.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (EK-2) , Baysan ve Karadağlı (2006) tarafından geliştirilen, “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Formu” 31 maddeden oluşmakta ve “Doğru” ve “Yanlış” şeklinde yanıtlanan ölçek formu kullanılmıştır. Ölçek hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,76 bulunmuş. Yapılan faktör analizi doğrultusunda, “Fiziksel Belirtiler” ve “Duygusal Belirtiler” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, “Fiziksel Belirtiler” alt boyutunu (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 27, 29, 30) maddeler “Duygusal Belirtiler” alt boyutunu ise (3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31) maddeler oluşturmuştur. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 5, 6, 8, 12, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, yanlış seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 4, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 21, 25 maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan , “yanlış seçeneğine” “1” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Ölçek alt boyutlarından Fiziksel Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan “13 en düşük puan “0” dır. Duygusal Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan ise “18, en düşük puan “0” dır. Düşük puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,83 bulunmuştur. Ölçeğin ebe ve hemşire dışındaki sağlık çalışanlarına uygulanabileceği ve literatürde benzer çalışmalar olduğu ölçek sahibi tarafından yazılı olarak iletilmiştir.

Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği (EK-3) ,Geçerlik ve güvenirliği Gömbül (2000) tarafından yapılan ölçekte kadının eşinden gördüğü

şiddete ilişkin 19 tutum ifadesi yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95'tir. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklinde 1’den 5’e doğru seçeneklendirilmiş likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçekteki her bir ifadeden katılımcılar “kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum(5)” şeklinde puan almışlardır. 19 sorunun altısı (7, 8, 10, 11, 12,13.) ifadeler ters kodlanmıştır. Ölçekte ekonomik şiddete ilişkin 7 soru (9, 14, 15, 16, 17, 18, 19. ifadeler), duygusal, psikolojik, cinsel şiddete ilişkin 6 soru (7, 8, 10, 11, 12, 13. ifadeler), meşrulaştırıcı mitlere ilişkin 3 soru (1, 2, 3. ifadeler), neden açıklayıcı mitlere ilişkin 3 soru (4, 5, 6. ifadeler) yer almaktadır. Ölçek tutum puanı ortalaması 57 (minimum=19, maximum=95)’dir. Çalışmanın geçerlilik düzeyi 0,82 bulunmuştur. Katılımcıların gruptan aldıkları puanların yüksek olması şiddete ilişkin tutumlarda geleneksellikte artmayı, düşük olması azalmayı yansıtmaktadır. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,85 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada kullanılan veriler araştırmacı denetiminde Kastamonu Eğitim Araştırma Hastanesi ve İlçe Devlet Hastanelerinde (Taşköprü, Devrekani, Araç, Çatalzeytin, İnebolu, Bozkurt, Pınarbaşı, Azdavay, Cide, Küre, Abana, Tosya ve Daday İlçe Devlet Hastanesi) acil servis sağlık çalışanlarına araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılımcıların yazılı onamı alınmış ve anket üzerinde yazılı olarak ifade edilmiştir. Araştırmaya katılımı kabul eden sağlık çalışanlarına, acil servis işleyişinin aksatılmadan veri toplama araçları dağıtılmış, veri toplama araçları cevaplandırıldıktan sonra tarafımdan toplanmıştır. Anket ve ölçeklerin anlaşılabilirliği için araştırma öncesi 10 sağlık çalışanı ile ön uygulama yapılmış ve herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

3.6.Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27.0) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun

şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın başlatılabilmesi için bu çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan gerekli ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK-4). Araştırmanın yürütülebilmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurul’undan (EK-5) onay ve Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-6) izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerin haklarının korunması için veri toplama aşaması öncesinde bu kişilere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırmanın adımları açıklanarak anket üzerinde yazılı olarak ifade edilmiş, isteklilik ve gönüllülük prensibi gözetilerek sözlü onamları alınmıştır. Bunlarla birlikte ulaşılan bilgilerin ve katılımcı kimliklerinin saklı tutulacağı katılımcılara aktararak istedikleri takdirde araştırmadan ayrılacakları iletilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 4.1: Araştırmaya ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Değişken (N=191)	N	%
Yaş grupları		
18-24	12	6,3
25-34	125	65,4
35-44	32	16,8
45-65	22	11,5
Cinsiyet		
Kadın	121	63,4
Erkek	70	36,6
Eğitim düzeyi		
Lise	10	5,2
Ön lisans	26	13,6
Lisans	144	75,4
Lisansüstü	11	5,8
Meslek		
Doktor	46	24,1
Hemşire – Ebe	111	58,1
Sağlık memuru	14	7,3
ATT – Paramedik	20	10,5
Mesleki çalışma süresi		
12 aydan az	41	25,5
1-5 yıl	58	30,4
6-10 yıl	31	16,2
11-15 yıl	18	9,4
>15 yıl	43	22,5

125 katılımcının (%65,4) 25-34 yaş grubunda olduğu, 105'inin (%55,0) evli ve 144'ünün (%75,4) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. 111 katılımcının (%58,1) hemşire - ebe olduğu, 58'inin (%30,4) 1-5 yıldır meslekte çalıştığı ve 121'inin (%63,4) kadın olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Araştırmaya ilişkin kadına yönelik şiddet özelliklerinin dağılımı

Değişken (N=191)	N	%
Kadına yönelik şiddete maruz kalma		
Evet	71	58,7
Hayır	50	41,3
Maruz kalınan şiddet türü*		
Fiziksel	26	36,6
Duygusal	68	95,8
Ekonomik	7	9,9
Cinsel	2	2,8
Öğrenimde kadına yönelik şiddet eğitimi alma		
Evet	98	51,3
Hayır	93	48,7
Mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi		
Evet	77	40,3
Hayır	114	59,7
Klinikte şiddet görmüş kadın ile karşılaşma durumu		
Evet	168	88,0
Hayır	23	12,0
Olguya uygulanan girişimler*		
Tedavi ve bakım için yönlendirme	123	64,3
Polise bildirme	120	62,8
Kadına yönelik aile içi şiddet formu doldurtma	50	26,1
Yasal haklarını bilgilendirme	57	29,8
Psikolojik destek	49	25,6
Kadın-çocuk koruma hizmetlerine yönlendirme	36	18,8
Güvenlik planı değiştirme	12	6,2
Hiçbir şey yapmama – Şikayeti olmaması	11	5,7
Kadına yönelik şiddetle karşılaşınca bildirme		
Evet	171	89,5
Şiddetin özelliğine göre bildirme	20	10,5
Kadına yönelik şiddet için yaptırım yeterliliği		
Evet	2	1,0
Hayır	172	90,1
Bilgisi yok	17	8,9
Kurumda şiddet ile ilgili prosedür		
Evet	78	40,8
Hayır	19	9,9
Bilmiyorum	94	49,3

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam vaka sayısına göre belirlenmiştir.

71 kadının (%58,7) şiddete maruz kaldığı, 68'inin (%95,8) duygusal şiddete maruz kaldığı, 98'inin (%51,3) öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet eğitimi aldığı ve 114'ünün (%59,7) mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi almadığı

belirlenmiştir. 168 katılımcının (%88,0) klinikte şiddet görmüş kadın ile karşılaştığını 123'ünün (%64,4) karşılaştığı olguya girişim uyguladığı ve 123'üne (%100,0) tedavi/bakım için yönlendirme yaptığı belirlenmiştir. 171 katılımcının (%89,5) kadına yönelik şiddetle karşılaştığında bildirim yaptığı, 172'sinin (%90,1) kadına yönelik şiddet için yaptırım yeterli olmadığını düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı

Ölçek (N=191)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği	33,69	11,12	32,0	19,0	69,0
Hemşire-ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek					
Belirti-Toplam	19,31	3,74	20,0	9,0	28,0
Fiziksel belirti	8,36	1,77	8,0	4,0	13,0
Duygusal belirti	10,96	2,72	11,0	4,0	17,0

Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgular tabloda verilmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına $33,69 \pm 11,12$ olarak belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin belirti-toplam puan ortalaması $19,31 \pm 3,74$ olup, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması $8,36 \pm 1,77$, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması $10,96 \pm 2,72$ 'dir.

Tablo 4.4. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=191)	n	Hemşire-ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik				Kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum			
		Fiziksel belirtiler		Duygusal belirtiler		Belirti – Toplam			
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları									
<35 ⁽¹⁾	137	8,58±1,72	9,0 [3,0]	11,47±2,51	11,0 [4,0]	20,05±3,42	20,0 [4,5]	30,95±10,01	28,0 [12,0]
35-44 ⁽²⁾	32	7,84±1,83	8,0 [2,8]	9,69±2,95	10,0 [5,0]	17,53±3,95	17,0 [6,8]	39,06±11,32	39,0 [14,8]
≥45 ⁽³⁾	22	7,68±1,70	7,5 [2,3]	9,59±2,72	9,0 [5,0]	17,27±3,82	17,5 [7,3]	42,95±9,87	43,0 [16,5]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=7,182$		$\chi^2=14,314$		$\chi^2=15,825$		$\chi^2=32,679$	
Olasılık		p=0,028		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
Fark		[1-3]		[1-2,3]		[1-2,3]		[1-2,3]	
Cinsiyet									
Kadın	121	8,50±1,76	8,0 [3,0]	11,24±2,59	11,0 [4,0]	19,74±3,46	20,0 [5,0]	30,57±9,43	30,0 [12,5]
Erkek	70	8,10±1,77	8,0 [2,3]	10,47±2,89	11,0 [4,0]	18,57±4,09	19,0 [5,0]	39,09±11,79	38,5 [19,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,218		Z=-1,603		Z=-1,933		Z=-4,996	
Olasılık		p=0,223		p=0,109		p=0,053		p<0,001	
Medeni durum									
Evli	105	8,16±1,72	8,0 [2,0]	10,73±2,70	11,0 [4,0]	18,90±3,82	20,0 [6,0]	35,30±11,10	34,0 [16,0]
Bekar	86	8,59±1,81	8,5 [3,0]	11,23±2,73	11,0 [4,0]	19,82±3,59	20,0 [5,0]	31,72±10,89	29,5 [13,5]
İstatistiksel analiz		Z=-1,500		Z=-1,137		Z=-1,461		Z=-2,497	
Olasılık		p=0,134		p=0,256		p=0,144		p=0,013	
Eğitim düzeyi									
Lise	10	8,40±2,01	9,0 [3,3]	11,30±1,89	11,5 [2,5]	19,70±3,19	20,0 [4,5]	32,60±10,71	29,0 [21,0]
Ön lisans	26	7,88±1,90	8,0 [2,3]	9,88±3,11	9,0 [6,0]	17,77±3,96	17,5 [6,3]	38,26±12,85	36,5 [23,0]
Lisans	144	8,42±1,73	8,0 [3,0]	11,02±2,61	11,0 [4,0]	19,45±3,61	20,0 [5,0]	33,23±10,75	32,0 [14,0]
Lisansüstü	11	8,55±1,69	8,0 [2,0]	12,27±3,32	14,0 [3,0]	20,81±4,64	22,0 [2,0]	29,91±10,26	29,0 [12,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=2,525$		$\chi^2=7,269$		$\chi^2=7,445$		$\chi^2=5,163$	
Olasılık		p=0,471		p=0,064		p=0,059		p=0,160	
Meslek									
Doktor ⁽¹⁾	46	8,83±1,69	9,0 [2,0]	12,34±2,57	13,0 [4,0]	21,17±3,53	21,0 [4,3]	28,69±7,76	27,0 [11,3]
Hemşire-Ebe ⁽²⁾	111	8,25±1,69	8,0 [2,0]	10,62±2,43	11,0 [3,0]	18,87±3,39	19,0 [4,0]	33,73±10,97	32,0 [16,0]
Sağlık memuru ⁽³⁾	14	7,93±2,05	8,0 [4,3]	8,64±3,02	8,0 [5,3]	16,57±4,38	16,5 [6,8]	48,00±9,48	47,5 [19,5]
ATT-Paramedik ⁽⁴⁾	20	8,15±2,06	8,0 [2,8]	11,25±2,90	12,0 [5,3]	19,40±3,79	20,0 [5,8]	34,90±11,03	33,0 [13,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,826$		$\chi^2=22,523$		$\chi^2=18,058$		$\chi^2=28,459$	
Olasılık		p=0,281		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
Fark				[1-2,3]		[1-2,3]		[3-1,2,4] [1-2,4]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Yaş sınıflarına göre fiziksel belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,182$; $p=0,028$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <35 yaş grubunda olanlar ile ≥ 45 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <35 yaş grubunda olanların fiziksel belirtiler puanları ($8,58 \pm 1,72$), ≥ 45 yaş grubunda olanlara göre ($7,68 \pm 1,70$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıflarına göre duygusal belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14,314$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <35 yaş grubunda olanlar ile 35-44 ve ≥ 45 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <35 yaş grubunda olanların duygusal belirtiler puanları ($11,47 \pm 2,51$), 35-44 ($9,69 \pm 2,95$) ve ≥ 45 yaş grubunda olanlara göre ($9,59 \pm 2,72$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıflarına göre belirti - toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=15,825$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <35 yaş grubunda olanlar ile 35-44 ve ≥ 45 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <35 yaş grubunda olanların belirti – toplam puanları ($20,05 \pm 3,42$) , 35-44 ($17,53 \pm 3,95$) ve ≥ 45 yaş grubunda olanlara göre ($17,27 \pm 3,82$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıflarına göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=15,825$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <35 yaş grubunda olanlar ile 35-44 ve ≥ 45 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 35-44 ($39,06 \pm 11,32$) ve ≥ 45 yaş grubunda olanların ($42,95 \pm 9,87$) kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları, <35 yaş grubunda olanlara ($30,95 \pm 10,01$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4,996$; $p<0,001$). Erkeklerin

kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları ($39,09 \pm 11,79$) , kadınlara göre ($30,57 \pm 9,43$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,497$; $p=0,013$). Evlilerin kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları ($35,30 \pm 11,10$), bekarlara göre ($31,72 \pm 10,89$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleklere göre duygusal belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=22,523$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; doktor olanlar ile hemşire-ebe ve sağlık memuru olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Doktor olanların duygusal belirtiler puanları ($12,34 \pm 2,57$), hemşire-ebe ($10,62 \pm 2,43$) ve sağlık memuru ($8,64 \pm 3,02$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleklere göre belirti - toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18,058$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; doktor olanlar ile hemşire-ebe ve sağlık memuru olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Doktor olanların belirti-toplam puanları ($21,17 \pm 3,53$), hemşire-ebe ($18,87 \pm 3,39$) ve sağlık memuru ($16,57 \pm 4,38$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleklere göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=28,459$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sağlık memuru olanlar ile doktor, hemşire-ebe ve ATT-paramedik olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sağlık memuru olanların kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları ($48,00 \pm 9,48$), doktor ($28,69 \pm 7,76$), hemşire-ebe ($33,73 \pm 10,97$) ve ATT-paramedik ($34,90 \pm 11,03$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, doktor olanlar ile hemşire-ebe ve ATT-paramedik olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hemşire-ebe ve ATT-paramedik olanların kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları, doktor olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=191)	N	Hemşire-ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik						Kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum	
		Fiziksel belirtiler		Duygusal belirtiler		Belirti – Toplam		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]		
Mesleki çalışma									
12 aydan az ⁽¹⁾	41	8,78±1,82	9,0 [3,0]	11,98±2,57	12,0 [3,5]	20,75±3,74	21,0 [5,0]	29,66±8,36	27,0 [8,5]
1-5 yıl ⁽²⁾	58	8,55±1,59	9,0 [3,0]	11,29±2,38	11,0 [3,0]	19,84±3,13	20,0 [4,3]	31,72±11,48	29,5 [15,3]
6-10 yıl ⁽³⁾	31	8,55±1,87	8,0 [3,0]	11,03±2,61	10,0 [4,0]	19,58±3,48	20,0 [5,0]	32,38±10,14	31,0 [14,0]
11-15 yıl ⁽⁴⁾	18	8,00±1,41	8,0 [2,3]	10,94±2,82	10,0 [5,0]	18,94±3,54	18,5 [5,5]	32,89±10,89	32,5 [16,8]
>15 yıl ⁽⁵⁾	43	7,69±1,85	8,0 [3,0]	9,49±2,83	9,0 [5,0]	17,19±3,95	17,0 [7,0]	41,47±10,38	40,0 [15,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=8,783$		$\chi^2=16,586$		$\chi^2=17,548$		$\chi^2=30,767$	
Olasılık		p=0,067		p=0,002		p=0,002		p<0,001	
Fark				[1,2-5]		[1,2-5]		[1,2,3,4-5]	
KYŞ maruz kalma									
Evet	71	8,31±1,69	8,0 [2,8]	11,11±2,85	11,0 [5,0]	19,43±3,60	20,0 [5,0]	30,44±9,43	30,0 [14,0]
Hayır	50	8,76±1,82	9,0 [2,0]	11,40±2,17	11,5 [4,0]	20,16±3,19	20,5 [4,3]	30,68±9,45	29,0 [11,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,187		Z=-0,482		Z=-0,766		Z=-0,271	
Olasılık		p=0,235		p=0,630		p=0,444		p=0,786	
Okul KYŞ eğitimi									
Evet	98	8,44±1,67	8,0 [3,0]	11,01±2,53	11,0 [4,0]	19,45±3,28	20,0 [4,3]	33,55±11,66	32,0 [17,5]
Hayır	93	8,27±1,86	8,0 [3,0]	10,90±2,92	11,0 [4,0]	19,17±4,17	20,0 [6,0]	33,83±10,58	32,0 [15,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,558		Z=-0,148		Z=-0,319		Z=-0,464	
Olasılık		p=0,577		p=0,883		p=0,749		p=0,643	
Mezuniyet sonrası KYŞ eğitimi alma									
Evet	77	8,04±1,70	8,0 [2,0]	10,34±2,55	10,0 [3,5]	18,37±3,45	19,0 [5,0]	35,56±11,68	33,0 [18,0]
Hayır	114	8,57±1,78	9,0 [3,0]	11,38±2,77	11,5 [5,0]	19,95±3,79	20,0 [6,0]	32,42±10,59	30,5 [15,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,025		Z=-2,581		Z=-2,806		Z=-1,817	
Olasılık		p=0,043		p=0,010		p=0,005		p=0,069	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Mesleki çalışma süresine göre duygusal belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=16,586$; $p=0,002$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 12 aydan az ve 1-5 yıldır çalışanlar ile >15 yıldır çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 12 aydan az ($11,98\pm2,57$) ve 1-5 yıldır ($11,29\pm2,38$) çalışanların duygusal belirtiler puanları, >15 yıldır çalışanlara ($9,49\pm2,83$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleki çalışma süresine göre belirti – toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=17,548$; $p=0,002$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 12 aydan az, 1-5 ve 6-10 yıldır çalışanlar ile >15 yıldır çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 12 aydan az ($20,75\pm3,74$), 1-5 yıl ($19,84\pm3,13$) ve 6-10 yıldır ($19,58\pm3,48$) çalışanların belirti-toplam puanları, >15 yıldır ($17,19\pm3,95$) çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleki çalışma süresine göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=30,767$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 12 aydan az, 1-5, 6-10 ve 11-15 yıldır çalışanlar ile >15 yıldır çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. >15 yıldır çalışanların ($41,47\pm10,38$) kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları, 12 aydan az ($29,66\pm8,36$), 1-5 yıl ($31,72\pm11,48$), 6-10 yıl ($32,38\pm10,14$) ve 11-15 yıldır ($32,89\pm10,89$) çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre fiziksel belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,025$; $p=0,043$). Mezuniyet sonrası eğitim almayanların fiziksel belirtiler puanları ($8,57\pm1,78$), mezuniyet sonrası eğitim alanlara göre ($8,04\pm1,70$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre duygusal belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit

edilmiştir ($Z=-2,581$; $p=0,010$). Mezuniyet sonrası eğitim almayanların duygusal belirtiler puanları ($11,38\pm2,77$), mezuniyet sonrası eğitim alanlara ($10,34\pm2,55$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre belirti - toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,806$; $p=0,005$). Mezuniyet sonrası eğitim almayanların belirti - toplam puanları ($19,95\pm3,79$), mezuniyet sonrası eğitim alanlara ($18,37\pm3,45$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



5.TARTIŞMA

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımaya İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının İncelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada 191 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Çalışmanın örneklemini %58,1 ile hemşire-ebe, %24,1 doktor, %10,5 ile ATT-Paramedik ve %7,3 ile sağlık memuru oluşturmaktadır. 58'inin (%30,4) 1-5 yıldır meslekte çalıştığı ve 121'inin (%63,4) kadın olduğu belirlenmiştir. Yaş aralığına bakıldığında 125 kişinin (%65,4) ile 25-34 yaş grubunun en çok olduğu, 105'inin (%55,0) evli ve 144'ünün (%75,4) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Kanlıca (2019) ve Saraç (2020) yapmış olduğu çalışma benzer özellikler taşımaktadır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına ($33,69 \pm 11,12$) göre şiddete karşı geleneksellikten uzak ve modern bir görüşü benimsedikleri saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Çelik ve diğerleri (2015) tarafından yapılan deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete ilişkin tutum ölçeği ve mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeği ön test puanları sırasıyla ($33,07 \pm 8,06$), ($33,66 \pm 6,90$) olarak bulunmuştur (Çelik ve diğ. 2015). Yapılan diğer bir çalışmada şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalaması ($35,99 \pm 10,48$) bulunmuştur (Erenoğlu ve Can, 2020). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada ölçeğin genel puan ortalamasına ($77,18 \pm 11,90$) göre şiddete karşı geleneksel bir tutum sergiledikleri saptanmıştır (Şahin ve Satılmış, 2020).

Çalışmamızda kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin toplam puan ortalaması $19,31 \pm 3,74$ olup, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması $8,36 \pm 1,77$, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması $10,96 \pm 2,14$ 'tür. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının $8,38 \pm 1,76$, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının $12,50 \pm 2,14$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $20,88 \pm 2,84$ olduğu görülmektedir (Utuş, 2021). Benzer şekilde Kara ve diğerlerinin (2018) çalışmasında ise fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının $8,07 \pm 1,68$; duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının $10,99 \pm 2,66$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $19,06 \pm 3,68$ olduğu belirtilmiştir (Kara ve diğ.

2018). Sarıbiyık'ın (2012) hemşire ve hekimlerle yaptığı çalışmada, katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması $18,6\pm3,7$; Baysan ve Karadağlı (2006)'nın yaptıkları çalışmada $18,38\pm5,23$ olarak belirtilmiştir (Baysan ve Karadağlı, 2006; Sarıbiyık, 2012). Hemşire ve ebelerle yapılan bir diğer çalışmada kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puan ortalaması $20,00\pm3,76$ bulunmuştur (Başar ve Durmaz, 2015). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalara baktığımızda sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri kısmen yeterlidir. Bu durum sağlık çalışanlarının şiddeti tanımaya yönelik yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir.

Mesleklere göre duygusal belirtiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=22,523$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; doktor olanlar ile hemşire-ebe ve sağlık memuru olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Doktor olanların duygusal belirtiler puanları ($12,34\pm2,57$), hemşire-ebe ($10,62\pm2,43$) ve sağlık memuru ($8,64\pm3,02$) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kara ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada hekimlerin duygusal belirti puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Kara ve diğ. 2018). Özcan ve Ceviz'in (2022) yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde doktorların duygusal belirti puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. (Özcan ve Ceviz, 2022). Yapılan bir diğer çalışmada doktor olanların duygusal belirtiler puanları, hemşire-ebe ve sağlık memuru olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Güneş, Sarıbiyık ve Tekin, 2018). Benzer şekilde bizim çalışmamızda ortaya çıkan bu durum, adli olgularda rapor yazma yükümlülüğü hekimlerde olmasından dolayı, her türlü vakaya daha dikkatli yaklaştıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda <35 yaş grubu olanların fiziksel ve duygusal belirti puanları ($20,05\pm3,42$), ≥ 45 yaş ve üzeri yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde ($17,27\pm3,82$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada katılımcıların meslekte çalışma süresi arttıkça kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini tanımları artmaktadır sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca istinaden çalışma yılı arttıkça karşılaşılan olgu sayısının artmasından ve mesleki deneyimin sağladığı daha profesyonel bir yaklaşım ile kadınların değerlendirilebilmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür (Kara ve diğ. 2018). Önder'in (2021) yapmış olduğu çalışmada ise katılımcılar 35 yaş altı, 35 yaş ve üstü olarak sınıflandırmış, kadına

uygulanan şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel, duygusal ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Önder, 2021). Diğer çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Deneyim kazandıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımanın olumlu yönde etkileneceği düşünülebilir ancak bizim çalışmamızda genç sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti daha iyi tanımladıkları görülmüştür. Bu farklılığın lisans eğitim içeriklerinin güncellenmesi ya da genç yaştaki hemşirelerin daha fazla güncel bilgilere erişim sağlayarak kendilerini geliştirmeleri ve bilgi sahibi olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Cinsiyete göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-4,996$; $p<0,001$). Erkeklerin kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları ($39,09\pm11,79$) , kadınlara göre ($30,57\pm9,43$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaçar (2020) tarafından yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının şiddet tutum ölçeği genel puan ortalaması $28,27 \pm 8,37$ iken; erkek sağlık çalışanlarının şiddet tutum ölçeği genel puan ortalaması $32,42 \pm 9,07$ olarak bulunmuştur (Kaçar,2020). Kadına yönelik şiddette erkeklerin daha çok geleneksel tutumu benimsedikleri, kadınların ise çağın gereklerine uyma konusunda daha önde ve daha modern bir yaklaşıma sahip oldukları bilinmektedir (Kaplan ve diğ. 2014; Sabuncuoğulları ve diğ. 2016; Dağlar ve diğ. 2017). Bu çalışmada diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Kadın sağlık çalışanlarının hemcinslerinin şiddete uğramasına yönelik daha duyarlı oldukları sonucuna varılabilir.

Medeni duruma göre kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,497$; $p=0,013$). Evlilerin ($35,30\pm11,10$) kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanlar bekarlara ($31,72\pm10,89$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada evlilerin kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları $19,24\pm3,62$ iken bekarların kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları $17,38\pm3,96$ olarak tespit edilmiştir (Kara ve diğ. 2018). Bir başka çalışmada evlilerin kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları $28,79\pm7,78$ iken bekarların kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları $25,26\pm5,91$ olarak tespit edilmiştir (Saraç, 2020). Araştırmamız diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Evliliğin getirmiş olduğu sorumluluklar veya alternatifler (çocuk, sosyal statü veya

bağlantılar, parasal kaynak temini vb.) sebebiyle evlilerin kadına yönelik şiddette daha geleneksel yaklaşım sergiledikleri düşünülebilir.

Mesleki çalışma süresine göre belirti- toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=17,548$; $p=0,002$). 12 aydan az ($20,75\pm3,74$), 1-5 yıl ($19,84\pm3,13$) ve 6-10 yıldır ($19,58\pm3,48$) çalışanların belirti- toplam puanları, >15 yıldır ($17,19\pm3,95$) çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada meslekte çalışma yılı 0-5 yıl olan hemşirelerin 11 yıl ve üzeri olanlara göre aldıkları toplam ölçek puanlar anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tok ve Mayda, 2021). Önder'in (2021) acil servis hemşireleri ile yapmış olduğu çalışmada meslekte çalışma süresi durumları ile fiziksel, duygusal ve toplam ölçek puanları arasında önemli bir fark bulunamamıştır (Önder, 2021). Yapılan bir diğer araştırmada da çalışma yılı ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında benzer şekilde anlamlı bir fark tespit edilememiştir (Sarıbiyık, 2012). Bulduğumuz bu sonuç mesleğe başlanan ilk yıllarda moral ve motivasyonun yüksek olması, yıpranmışlık düzeyinin az olması, bilgilerin yeni olması kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumu ve şiddete yönelik tutumları üzerinde olumlu yönde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda %63,4 'ünün ($n=121$) kadın olduğu ve %58,7'nin ($n=71$) şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. %95,8 ($n=68$) oranıyla en fazla duygusal şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bunu sırasıyla fiziksel şiddet %36,6 ($n=26$) , ekonomik şiddet %9,9 ($n=7$) ve cinsel şiddet %2,8 ($n=2$) takip etmektedir. 106 kişilik katılımın olduğu bir çalışmada katılanların %69,8'i ($n=74$) kendileri şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmışlardı. %62,3 ile sözlü şiddet en çok karşılaştıkları şiddet türüydü (Öztürk ve Toprak, 2017). Başka bir çalışmada araştırmaya katılan sağlık personelinin %51,8'i hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kalmıştır (Sarıbiyık,2012). Yapılan bir diğer çalışmada ise daha önce şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların oranı % 26,7 olduğu görülmüştür. Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet türü incelendiğinde; ilk sırada en sık % 80,5 ile duygusal şiddet yer almaktadır. Bu durumu % 59,7 ile fiziksel, % 26,0 ile ekonomik ve % 10,4 ile cinsel şiddetin takip ettiği tespit edilmiştir (Saraç,2020). Çalışmamız ve literatüre bakıldığında kadın sağlık çalışanları da yüksek oranda şiddette maruz kalmaktadırlar.

Katılımcıların kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim alma durumlarını tespit etmeye yönelik sorular sonucunda, %48,7'sinin öğrenim sırasında ve %59,7'si mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi almadığı belirlenmiştir. Çorum ilinde 255 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise %68,6'sı şiddetle ilgili herhangi bir eğitim almadıkları sonucu bulunmuştur (Duman ve diğ. 2016). Benzer başka bir çalışmada hemşire ve ebelerin mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda %55,8'inin eğitim almadığı tespit edilmiştir (Şener ve Uncu, 2017). Diğer bir çalışmada katılımcıların %25,2'si öğrencilik yıllarında, %34,3'ü mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda bir eğitim aldığını bildirmiştir (Cerit ve Porsuk, 2021). Araştırma sonucumuz ve diğer çalışmalar göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının çoğunun eğitim ve mesleki yaşamları sürecinde kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almadıkları görülmektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %88'i klinikte şiddet görmüş kadın hasta ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada meslek yaşamında şiddete maruz kalmış bir kadın ile karşılaşma durumu sorgulandığında sağlık çalışanlarının %71,3'ü kadına yönelik şiddet vakası ve ya şüphesiyle karşılaşmıştır (Güneş, Sarıbiyık ve Tekin, 2018). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) yapmış oldukları çalışmada ise bu oran %67,5 olarak bulunmuştur (Arabacı ve Karadağlı, 2006). Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanları %30,9'u karşılaştığını dile getirirken, %69,1'i karşılaşmadığını ifade etmiştir (Erçetin, 2023). Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin %66,5 meslek hayatında şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaşırken %33,5'inin karşılaşmadığı tespit edilmiştir (Önder, 2021). İtalya'da, acil serviste veya kadın doğum acil servisinde ve jinekolojik serviste çalışan 51 hemşire ve ebenin katılımıyla yapılan çalışmada, şiddete maruz kalmış kadınlarla karşılaşma oranı %51 olarak belirtilmiştir (Di Giacamo ve diğ. 2016). Acil servislerde kadına yönelik uygulanan şiddetle karşılaşma oranlarının yüksek olması ve bu problemin yaygın görülmesi sebebiyle özellikle acil servis sağlık çalışanlarının şiddete görmüş kadınları belirlemede ve destek olmak için önemli bir pozisyonda bulunduğu görülmektedir.

Çalışmamızda karşılaştığınız olguyla ilgili nasıl bir girişimde bulundunuz, sorusuna ise katılımcıların %64,3'ü tedavi ve bakım/İleri tıbbi tanı ve tedaviye yönlendirme cevabını verirken bunu %62,8 ile polise bildirme takip etmiştir. Erçetin (2023) yapmış olduğu çalışmada iş yaşamında kadına yönelik şiddet vakası ile karşılaşma durumunda %57,4 oranında kolluk güçlerine bilgi veririm olmuştur

(Erçetin, 2023). Öztürk ve Toprak (2017) tarafından hekim ve hemşirelerle yapılan araştırmada %50,9 ‘u kadına yönelik şiddet ile karşılaşma durumunda kendini yetersiz hissettiğini ve kadınları başka kurumlara yönlendireceklerini bildirmiştir (Öztürk ve Toprak, 2017).

“Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız” sorusuna bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının %89,5’i ‘Evet’ cevabını verirken, %10,5’i ‘Şiddetin özelliğine göre’ cevabını vermiştir. Başka bir araştırmada %56’lık kesim evet, %7,6’lık kesim hayır, %36,4’lük kesim ise şiddetin özelliğine göre cevabını vermiştir. Katılımcılar bildirim yapmama sebebini mağduru daha kötü bir duruma sokmaktan endişelendikleri %77,3 oranı ile belirtmişlerdir (Ay ve Kılıçel, 2020). Yapılan bir diğer araştırmaya göre katılımcıların %93,4’ü aynı soruya evet cevabı verirken %6,6’sı hayır cevabını vermiştir (Yavuziğit, 2023). Kurt ve Gün (2018) tarafından yapılan çalışmada aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yaparım cevabı %84,1 olarak verilmiştir (Kurt ve Gün, 2018). Sağlık çalışanlarının bildirimde kaçınmaları nedenlerinin arasında çoğunlukla yasal süreç ile ilgili bilgi eksikliği ve şiddet mağduru kadını şimdiki konumdan daha zor bir duruma sokacağı endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının yüksek oranda bildirim yapacaklarını ifade etmeleri yasal yükümlülüklerini yerine getirdiğini göstermektedir.

Kadına yönelik şiddet uygulayan kişilere verilen cezalar veya yaptırımları yeterli buluyor musunuz, sorusuna bizim çalışmamızda %90,1 hayır cevabını verirken, %8,9’u bilgin yok cevabını vermiş , %1’i ise evet cevabını vermiştir. Benzer bir araştırmada evet oranı %2,2’dir (Saraç,2020). Kadına yönelik şiddet konusunda atılan adımlar ve olumlu birçok yaptırımlara rağmen verilen cezalar yeterli bulunmamıştır. Düzenlenen yasalar ve yaptırımlar ile birlikte bunların uygulanması ve hayata geçirilmesi de önem teşkil etmektedir.

Çalışmamızda ‘kurumunuzda kadına yönelik şiddet ile ilgili talimat/prosedür var mı?’ sorusuna %40,8’i evet cevabını verirken %49,3’ü bilmiyorum cevabını vermiştir. Aba ve Başar (2015) tarafından yapılan çalışmada evet oranı %30,1 iken Ay ve Kılıncel (2020) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %12,4’ü evet cevabını vermiştir (Aba ve Başar, 2015; Ay ve Kılıncel, 2020). Çalışmamızda bu oran daha yüksektir ama istenilen seviyelerde değildir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çoğunlukla şiddete maruz kalan kadınların muayene esnasında yanlış bilgi verdikleri; utanma, korku vs. gibi sebeplerden dolayı şiddeti gizledikleri bilinmektedir. Bu nedenle acil servise başvuran bir kadını değerlendirmede, şiddet bulgularını ortaya çıkarmada sağlık çalışanları önemli bir konumdadır. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımaya İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının İncelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada 191 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Çalışmayı %58,1 ile hemşire-ebe olduğu, %30,4'ünün 1-5 yıldır meslekte çalıştığı ve %63,4'ünün kadın olduğu, %65,4'ünün 25-34 yaş grubunda olduğu, %55,0 evli ve %75,4 lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına (33,69±11,12) göre şiddete karşı geleneksellikten uzak ve modern bir görüşü benimsedikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçeğin toplam puan ortalaması 19,31±3,74 olup, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8,36±1,77, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10,96±2,14'tür. Bilgi düzeyleri kısmen yeterlidir. Doktor olanların duygusal belirtiler puanları, hemşire-ebe ve sağlık memuru olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma bulguları, sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve çalışma yılının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumu ve şiddete yönelik tutumları üzerinde önemli faktörler olduğunu göstermiştir ($p<0.05$).

Sağlık memuru (48,00±9,48) olanların kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları, doktor (28,69±7,76), hemşire-ebe (33,73±10,97) ve ATT-paramedik (34,90±11,03) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık memurları daha geleneksel yaklaşım sergilemektedir.

Erkeklerin kadına uygulanan şiddete ilişkin tutum ölçeği puanları (39,09±11,79) , kadınlara göre (30,57±9,43) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Sağlık çalışanı olmalarına rağmen erkeklerin daha geleneksel yaklaşımda oldukları tespit edilmiştir. Erkek sağlık çalışanlarını kapsayan kadına yönelik şiddette farkındalığı arttırmak ve şiddet ile ilgili tutumlarını geliştirmeye yönelik eğitimler düzenlenebilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim almaları hakkında , %48,7'sinin öğrenim sırasında ve %59,7'i mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi almadığı belirlenmiştir. Sonuçlar istenilen düzeylerde değildir. Eğitim sırasında ve çalışma dönemlerinde sağlık çalışanlarına yönelik kadına uygulanan şiddete ilişkin eğitimlere yer verilmelidir. Sağlıkla ilgi tüm fakültelerde kadına yönelik şiddeti tanıma ve engellenmesi ile ilgili konular ders programlarına eklenmelidir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin belirti ve bulgularını tanıma, şiddete maruz kalmış kadın ile ilgili yasal süreçler ve şiddet sonrası başvuru kuruluşları içeren kapsamlı hizmet için eğitimler verilmelidir. Verilen eğitimlerin daha etkili olabilmesi için eğitim saatleri sağlık çalışanı (nöbetten çıkmış olma, çalışıyor olma, eğitimlerin sabah saatlerinde olması vs.) baz alınarak ayarlanabilir.

Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre belirti toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,806$; $p=0,005$). Mezuniyet sonrası eğitim almayanların belirti - toplam puanları ($19,95\pm3,79$), mezuniyet sonrası eğitim alanlara ($18,37\pm3,45$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kurumlarda verilen eğitimlerin etkili olmadığı görülmektedir. Yarınlarımız için çağı yakalamış, yeniliklere açık, nitelikli eğitimciler tarafından etkili ve kaliteli eğitim programları düzenlenmelidir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %88'i klinikte şiddet görmüş kadın hasta ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda %63,4 'ünün kadın olduğu ve %58,7'sinin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının yüksek oranda şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Acil servis sağlık çalışanları şiddet mağduru kadın ile sık karşılaştıkları bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının tanı ve tedavi gibi kritik rollerinin yanı sıra önemli olan bilgilendirme rolleri de (şiddet mağduru kadının sahip olduğu haklar, şiddet ile ilgili yasalar, başvurabilecek kurum ve kuruluşlar vs.) şiddeti önlemeye katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda 'kurumunuzda kadına yönelik şiddet ile ilgili talimat/prosedür var mı?' sorusuna %49,3'ü bilmiyorum cevabını vermiştir. Kurumlarda şiddet ile ilgili

güncel ve anlaşılır formlara yer verilmeli ve sağlık çalışanları tarafından kullanılması ve bildirim yapılması için teşvik edilmelidir. Sağlık merkezlerinde kadına yönelik şiddet konusunda kurumsal politikalara yer verilmelidir.



KAYNAKLAR

Aba, A.Y., Başar ,K.F. (2015). Detection of and approaches to domestic violence by health professionals. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 24 (4), 125-134.

Adalet Bakanlığı (2022). Erişim adresi: https://evicisiddet.adalet.gov.tr/SIDDET_NEDIR.html. Erişim Tarihi 16.05.2023

Açıkgöz, H. O. (2014). *Zonguldak il merkezinde kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlığı, şiddet türleri, şiddet algısı ve kadınların şiddete yönelik tutumları*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak.

Akkaş, İ., Uyanık, Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli University Journal of ISS, 6(1), 32-42.

Alçay, G., Yıldız, İ.S., Çolak, B., Inanici, M.A.(2015). Risk factors for violence against women by intimate partners in Sakarya, Turkey. Adli ve Adli Tıp Dergisi, (36), 37-42. doi: 10.1016/j.jflm.2015.08.008.

Altıparmak, İ. B. (2015). ‘Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede ŞÖNİM’lerin rolü: Ankara örneği. The Journal of Academic Social Science Studies, (36), 449-464.

Arslan, Z. K., Erkan, I. (2016). Adli vaka yönetiminde acil servis çalışanlarının bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Adli Bilimler Dergisi, 15(2), 7-12.

Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü (EIGE). (2017). Cyber violence against women and girls. Erişim adresi: <https://eige.europa.eu/publications/cyber-violence-against-women-and-girls>.

Ay, R., Kılınçel, Ş. (2020). Hekimlerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve ttutumlarının değerlendirilmesi. Journal of Contemporary Medicine, 10(4), 600-608. doi: 10.16899/jcm.723415.

Başar, F., Durmaz, A. (2015). Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin ve ebelerin bilgi durumları. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (6), 6-15.

Baysan,A.,L., Karadağlı, A. (2006). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. Sağlık ve Toplum Dergisi, 16(2), 101-111.

Biriken, H. (2008). Kadına yönelik şiddet neden bir sağlık sorunudur. I. kadın sağlığı kongresi: “kadına yönelik şiddet” kongre kitabı. Ankara, TTB ve HÜ Yayını, 109-111.

Büyükkayacı, D. N., Büyükgöneç, L., Güngör, T., Koçak, D.Y., Topuz, Ş., Yılmazel, G. (2016). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet algılayışı ve etkileyen faktörler. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 13(4):154-9.

Cerit, Ç., Porsuk, Ö.A. (2021). Kadına yönelik eş şiddeti konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin tutumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(4), 563-570. doi: 10.17049/ataunihem.883012.

- Chepuka, L., Taegtme, M., Chorwe, G., Mambulasa, J., Chirwa, E., Tolhurst, R. (2014). Perceptions of the mental health impacts of intimate partner violence and health service responses in Malawi. *Glob Health Action*, 7(1). doi: 10.3402/gha.v7.24816.
- Chuemchit, M., Chernkwanma, S., Rugkua, R., Daengthern, L., Abdullakarim, P., Wieringa, S. E. (2018). Prevalance of intimate partner violence in Thailand. *Journal of Family Violence*, (33), 315-323.
- Cömert, R.T. (2020). *Kadına yönelik şiddet haberlerinde karşılaştırmalı bir inceleme*. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çakmak, C., Çapar, H., Konca, M., Korku, C. (2017). Bir halk sağlığı sorunu olarak çocuklara yönelik şiddet: Gazete haberleri üzerinden bir araştırma. *Dicle Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 85-101.
- Çalmuk, N.H. (2022). *Kadına yönelik şiddet*. (Yüksek Lisan Tezi). Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Çelik, S.A., Türkoğlu, N., Apay, E.S., Aydın, A., Pasinlioğlu, T. (2015). Ebe ve hemşirelere verilen eğitimin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 138-148. doi: 10.17681/hsp.37772.
- Dağcı, S., Ören, B. (2019). Gender inequality, violence against women and the approach of health care workers. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(4), 236-240.
- Dağlar, G., Bilgiç, D., Demirel, G. (2017). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(4), 220-228.
- Delice, M., Teymur, S. (2013). Kadına yönelik şiddet olaylarında failinin ve mağdurun özelliklerinin incelenmesi ve karşılaştırılması. *Ekev Akademi Dergisi*, (54), 225-250.
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., Sasso, L. (2016). Violence against women knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs*, (26), 1-10.
- Dişsiz, M., Hotun, Ş. N. (2008). Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 50-58.
- Duman, B.N., Büyükgöneç, L., Güngör, T., Yılmazel, G., Topuz, Ş., Koçak, Y.D. (2016). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet algılayışı ve etkileyen faktörler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4), 154-159.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2021). Violence against women prevalence estimates : Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Erişim adresi: [https:// www.who.int/publications/i/item/9789240022256](https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256)
- Erçetin, F. (2023). *Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet algısının kadına yönelik eş şiddeti bildirimine etkisi*. (Yüksek Lisans tezi). T.C. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Erenoğlu, R., Can, R. (2020). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 31-41.
- Ergönen, T.A., Biçen, E., Ersoy, G. (2020). COVID-19 salgınında ev içi şiddet. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 89-94. doi: 10.5505/kpd.2020.37973.

- Fırat, M.P. (2016). *Kadına yönelik şiddet farkındalığı oluşturmada psikoeğitimin aile işlevselliğine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Ford, L., Graham-Harrison, E., Giuffrida, A., Smith, H. (2021). Lockdowns around the world bringrise in domestic violence. Erişim adresi: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>.
- Genç, Y. (2016). Gençleri fiziksel şiddete iten sebepler, öğrenme yolları ve şiddet eğilimleri, *The Journal of Academic Social Science Studies*, (44), 51-62. doi: 10.9761/JASSS3321
- Genç, Y., Altıparmak, İ., Ustabası G. D. (2019). Kadına yönelik şiddetin erkekler tarafından değerlendirilmesi: Sakarya örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 391-408.
- Gibbs, A., Dunkle, K., Ramsoomar, L., Willan, S., Jama Shai, N., Chatterji, S., Naved, R., Jewkes, R. (2020). New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions. *Global health action*, 13(1), 1739845. doi: 10.1080/16549716.2020.1739845.
- Gömbül, Ö. (2000). Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(1), 19-32.
- Görgün, A., Sarıtaş C., Kütük, B. (2017). Medyada kadına yönelik şiddet haberlerinin içerik ve sunum açısından analizi: *Beyazgazete.com Örneği*, *Sosyoloji Konferansları*, 55(1), 107-132. doi: 10.18368/iusoskon.328252.
- Güneş, G., Sarıbıyık, M., Tekin, Ç. (2018). Sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda deneyimleri ve şiddeti tanıyabilme düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-7.
- Hotun, Ş.N., Dişsiz, M., Sömek, A., Dinç, H. (2008). Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (2), 17-31.
- İçişleri Bakanlığı. (2018). Kadın Destek Uygulaması(KADES). Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/kadin-destek-uygulamasi-kades>
- John, N., Casey, S.E., Carino, G., McGovern, T. (2020). Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*, (2), 65-68. doi: 10.1111/dewb.12261
- Kaçar, Y.H. (2020). *Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı 2021-2025. (2021). Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: <https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ivulusal-eylem-planı-2021-2025.pdf>.
- Kanlıca, A. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Konusunda Bilgi Düzeyi*. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşirelik Bilim Dalı, Konya.
- Kaplan, M., Yıldırım, A. (2022). Suçun Önlenmesinde Kitle İletişim Araçlarının Rolü: Kurumsal Açısından Bir Değerlendirme ve Örnekler. *Güvenlik Bilimleri Dergisi*, 11(1), 49-74. doi: 10.28956/gbd.1109742.

Kaplan, S., Akalın, A., Pınar, G., Yılmaz, T. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddet ve aile içi şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(1), 26-35.

Kaptanoğlu Y., İ., Çavlin, A. ve Akadlı Ergöçmen, B. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.

Kara, P., Akçayüz, Ö., Gür, Ö.A., Nazik, E. (2018). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(3), 115-122. doi: 10.33631/duzcesbed.441772.

Kılıçoğlu, B.D., Buran, F.C., Küçük, S.Z. (2016). Forensic medical analysis of the domestic violence against women attempts to the emergency department: İzmir case. Journal of Human Sciences, 13(3), 4764-4779. doi:10.14687/jhs.v13i3.4171.

Kıntar, N., Sezgin, N. (2018). Kadına yönelik aile içi fiziksel şiddet, fiziksel şiddeti meşrulaştırma, dindarlık ve dini başa çıkma üzerine ampirik bir araştırma. The Journal of Kesit Academy, 4(17), 193-227.

Kumcağız, H., Aydın, İ. A., Talay, T., Gürkan, S., ve Kinsiz, D. N. (2018). Samsun Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi’ne başvuran şiddet mağduru kadınların başvuru durumları ve gereksinimleri. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7(2), 401-414.

Kurt, G., Gün, İ. (2018). Abuse, neglect and domestic violence with encounter status and attitudes of health staff. Türk Adli Tıp Dergisi, 31(2), 59-67.

Liao, X., Wang, B., Kang, Y. (2020). Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units the experience in Sichuan Province, China. Intensive Care Med, 46(2), 357-360. doi: 10.1007/s00134-020-05954.

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. (2022). Erişim adresi: <https://morcati.org.tr/yayinlarimiz/brosurler/187-erkeklerin-siddetine-karsi-dur-yasami-degistir/>. Erişim Tarihi: 25.05.2023

Okutan N. (2007). *Kadına yönelik aile içi şiddet- Van’da, kadınların şiddet deneyimleri, şiddeti doğuran koşullar ve baş etme biçimleri, şiddetin kadın sağlığına etkileri.*(Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Van.

Önder, G. (2021). *Acil servis hemşirelerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımasının ahlaki duyarlılık ile ilişkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). TC Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı. Tokat.

Özcan, A., Ceviz, İ.A. (2022). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Bilgi ve Tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 31(4), 281-288. doi: 10.17942/sted.1094161.

Özcan, H., Uzun, S. (2023). Aile içi şiddetin kadın sağlığı üzerindeki etkileri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 7(1), 25-37. doi: 10.46237/amusbfd.1057070.

Özçakar, N. (2017). Farklı boyutlarıyla şiddet. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 9(2), 55-60.

Öztürk, A. B. (2014). *Erkeklik ve kadına yönelik aile içi şiddet: eşine şiddet uygulayan erkekler.* (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Öztürk, G.Z., Toprak, D. (2017). Kadın sağlık personellerinin kadına yönelik şiddet hakkında bilgi tutum ve davranışları. Konuralp Tıp Dergisi, 9(1), 58-62.

Öztürk, Ö., Öztürk, Ö., Tapan, B. (2016). Kadına yönelik şiddetin kadın ve toplum sağlığı üzerine etkileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3(4), 139-144.

Özvarış, B., Demirören, M., Korkut, F., Özberk, E., Şener, S., Teker, N. (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. Akın, A.(Ed.).1. Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personeli İçin.(s. 7-140). Ankara: TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları.

Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., Gelder, V.N. (2020). Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development, Working Paper 528. Erişim adresi: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf>.

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

Popovich, M.A., Boyd, C., Dachenhaus T., Kusler, D. (2012). Improving stable patient flow through the emergency department by utilizing evidence-based practice: one hospital's journey. Journal Emergenci Nurse, 38(5), 474-478.

Resmi Gazete, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2016). SAYI: 29656 Erişim adresi: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-8.htm>.

Rogers, J.M., Follingstad, R.D. (2014). Women's exposure to psychological abuse: Does that experience predict mental health outcomes. Journal of Family Violence, (29), 595-611.

Sabancıoğulları, S., Taşkın, F., Ar, E., Çakmaktepe, G. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(1), 35-43.

Sağlık Çalışanları Kılavuzu.(2016). Aile içi şiddetle mücadele projesi. Erişim adresi: http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/573_1.pdf.

Sanz-Barbero, B., Pereira, P. L., Barrio, G., Vives-Cases, C. (2018). Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. Journal Epidemiol Community Health, 72(7), 611-616.

Saraç, E. Y. (2020). *Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adli Tıp Anabilim Dalı. Kahramanmaraş.

Sarıbıyık, M. (2012). *Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Malatya.

Sawyer S., Melvin G., Williams A., Williams B. (2020). A new scale of readiness for health care students to encounter partner abuse. Journal Interpers Violence, (37), 15-16. doi: 10.1177/0886260520981131.

Seçkin, L., Selçuk, T. K. (2023). Sanal ağların distopyası: Kadına yönelik dijital şiddet. Dünya İnsan Bilimleri Dergisi, 2023 (1), 203-217. doi: 10.55543/insan.1110952.

Sevil, Ü., Yanikkerem, E., Özkan, S., Er , G.S. (2015). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet. Dünyada ve Türkiye’de kadın ve şiddet. Editor: M. Korkmaz, E. Demiray, Ü. Sevil, Ş. Hablemitoğlu, Y. Taşkiran. (s. 565-627). İstanbul: Nobel Akademik.

Şahin, E., Satılmış, G.İ. (2020). İlk ve acil yardım öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(2), 114-124. doi: 10.38108/ouhcd.785559.

Şener, N., Uncu, F.(2017). Knowledge levels of nurses and midwives working in family practice about violence to woman. Journal Nurse Care, 6(4), 103. doi: 10.4172/2167-1168-C1-061.

Tam, H.L., Chung, S.F., Lou, C.K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. BMC Emergenci Medicine, 18(1), 1-7. doi:10.1186/S12873 018-0215.

Tavrow, P., Bloom, B., Withers, M. (2021). Challenges of using videos in exam rooms of safety-net clinics to encourage patient self-disclosure of intimate partner violence and to increase provider screening. Violence Against Women, 27(15–16), 2990–3010. doi: 10.1177/10778012211000136.

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). ALO183 Hattı. Erişim Adresi: <https://alo183.aile.gov.tr/alo183pages/alo-183-hizmeti/>.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.(2015). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Erişim adresi: <https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/handle/11655/23338>.

Tok, H.H., Mayda, S.A. (2021). Hemşirelerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11(3), 290-297. doi: <https://dx.doi.org/10.33631/duzcesbed.671099>.

Türk Ceza Kanunu. (2004). Madde 280- Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi. Erişim adresi: <https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> Erişim tarihi : 15.05.2023.

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2021). Kadına yönelik şiddetle mücadele IV. Ulusal Eylem Planı 2021-2025. Erişim adresi: <https://www.aile.gov.tr/ksgm/ulusal-eylem-planlari/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-planı-2021-2025/>.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2015). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23338>.

Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2022). Erişim adresi : <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi:16.05.2023.

Türkyılmaz, Ü. (2018). Maya Angelou’nun I Know Why The Caged Bird Sings adlı yapıtında şiddet sarmalında kadın ve bedeni. Edebiyatta kadın ve şiddet. Editör: Er ,A., Çelik, Y. (s. 65-81). Ankara.

Tokgöz, H. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ İl sağlık Müdürlüğü kurumlarında sağlıkta şiddet vakaları*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Tekirdağ.

Uluocak, Ş., Gökulu, G., Bilir, O., Karacık, N. E., Özbay, D. (2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddet. (s. 7-62). Ankara: Paradigma Kitapevi Yayınları.

UNDESA Statistic. (2020). Erişim adresi: <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/>World's Women 2020, <https://undesa.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=2426cee78ed34941a4f8eb70de3ac6da>.

United Nations. (2020). Human development report. Erişim adresi: https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr2020.html.

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549,552. doi: 10.1111/inm.12735.

Utuş, G. (2021). *Hemşirelik öğrencilerinin eş dövmeyle ilişkin tutumları ve kadına yönelik şiddet belirtilerinin tanıma düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Ünal, B., Gülseren, L. (2020). COVID-19 pandemisinin görünmeyen yüzü: Aile içi kadına yönelik şiddet. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (23), 89-94. doi: 10.5505/kpd.2020.37973

Üzer, B., Yaş, C.S., Kutalmış, Z., Güven, K.M.F., Demircan, A.(2022). EMOS III. Maltepe Acil Günleri Sempozyumu / Acil Toksikoloji Günleri .Akgün,S.F. (Yay.Haz.) Covid-19 pandemisinin acil servis başvurularına etkisi. (s. 25-35).İstanbul: Maltepe Üniversitesi yayınları.

Viero, A., Barbara, G., Montisci, M., Kustermann, K., Cattaneo, C. (2021). Violence against women in the COVID-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Science International*. doi: 10.1016/j.forsciint.2020.110650

Yavuziğit, K.Y. (2023). *Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının belirlenmesi (Sultanbeyli Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.

World Health Organization .(2002). World Report on Violence and Health. Geneva: WHO. Erişim adresi: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582

World Health Organization. (2020). Where do we stand on women's health in 2020. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2020/3/where-do-we-stand-on-womens-health-in-2020>.

World Health Organization. Violence against women. (2021). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>

EKLER

EK-1 Soru Formu





**EK-2 Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına
Yönelik Ölçek**





EK-3 Kadına Uygulanan Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği



EK 4 Ölçek Kullanım İzinleri



EK-5 Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurul Onayı





EK-6 Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü İzni



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Sebahat Akın

