

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA MERKEZ SAĞLIK  
OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEKİM,  
HEMŞİRE VE EBELERİN ŞİDDET  
DENEYİMLERİ VE KADINA YÖNELİK  
ŞİDDETLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞ  
DÜZEYLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MERYEM SARIBIYIK  
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

**MALATYA – 2012**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA MERKEZ SAĞLIK  
OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEKİM,  
HEMŞİRE VE EBELERİN ŞİDDET  
DENEYİMLERİ VE KADINA YÖNELİK  
ŞİDDETLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞ  
DÜZEYLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**





**MERYEM SARIBIYIK  
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

**MALATYA – 2012**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

		İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Erkan PEHLİVAN	
Danışman	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ	
Üye	Prof.Dr. M.Fikret GENÇ	
Üye	Prof.Dr. Saim YOLOĞLU	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Ali ÖZER	

ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2012 tarih ve 2012/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e teşekkür ederim. Ayrıca bölüm hocalarım Sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a ve Sayın Prof. Dr. Metin GENÇ'e teşekkür ederim. Yardımlarından dolayı Sayın Prof. Dr. Saim YOLOĞLU'na teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca benden manevi desteğini esirgemeyen arkadaşlarım Filiz BAL, Nermin BAL, Sibel GÜL, Ayşe DAĞLI, Zeliha YİĞİT ve Mehmet KOCA'ya her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim. Ayrıca tez çalışmama katılan tüm sağlık personeline yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Son olarak daima yanımda olan aileme sonsuz teşekkür ederim.

Meryem SARIBIYIK

## ÖZET

Kadına yönelik şiddet dünyada ve Türkiye'de gün geçtikçe artan bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırma sağlık ocaklarında çalışan personelin şiddete maruz kalma durumlarını ve sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini; Malatya il merkezinde bulunan 28 merkez sağlık ocağında çalışan hekim, hemşire ve ebeler oluşturmuştur. Araştırma evrenindeki 541 kişiden 512'si araştırmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı bilgi formu, "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Formu" ve hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için Tutum formu kullanılmıştır.

Katılımcıların; yaş ortalaması  $33,6 \pm 6,4$ 'tür. Çalışmaya katılanların; %81,8'i kadın, %18,2'si erkektir, Araştırmaya katılan kadınların %51,1'i, erkeklerin %54,8'i yaşamı boyunca en az bir kere şiddete maruz kalmıştır. Erkeklerin babaları tarafından daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. ( $P < 0.05$ ) Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %58,7'si, ebelerin %53,1'i ve hekimlerin %49,5'i iş yaşamı boyunca hasta, yasta yakını ve kendi çalışma arkadaşı tarafından en az bir kere şiddet görmüştür. Çalışanların %77,1'i mezuniyet öncesinde kadına yönelik şiddet eğitimi almamıştır. Mezuniyet sonrasında ise personelin %31,6'sinin kadına yönelik şiddet eğitimi almadığı belirlenmiştir. Ebelerin %79,5'i, hemşirelerin %57,5'i ve hekimlerin %69,9'u mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi almıştır. Hekimlerin %74,3'ü, hemşirelerin %73,2'si ve ebelerin %67,5'i kadına yönelik şiddet olayı ile karşılaşmış, %81,8'i bildirim yapacağını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puanı  $18,6 \pm 3,7$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama  $14,7 \pm 3,2$  tutum puanı aldığı saptanmıştır.

Sonuç olarak; sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada yetersiz kaldıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, kadın, tutum, hemşire, ebe.

## ABSTRACT

### EXPERIENCES OF DOCTORS, NURSES AND MIDWIVES WHO WORK AT THE HEALTH CARE CENTERS IN THE CITY CENTER OF MALATYA, LEVEL OF ATTITUDE AND BEHAVIOUR RELATED TO VIOLENCE DIRECTED AT WOMEN.

Violence directed at woman is a public health problem which is growing more and more in the world and in Turkey. This research is a cross-sectional work which was done with the aim of determining exposure of health staff working at the health care centres to the violence and information and attitudes of health staff towards the violence directed at the woman.

Target population of the study: Doctors, nurses ,midwives working at the 28 health care centres in the centre of Malatya constitutes. 512 of the 541 people in the target population of the study participated in the research. In collecting data; introductory form, doctor, nurses and midwives depicting indications of violence directed at woman scale and containing the doctors, nurses and midwives attitude questions related to violence directed at woman were used.

Average age of participants is  $33,6 \pm 6$ . 81,8 % of participants is woman, 18,2 % is man. 51,1 % Of women and 54,8% of man participated in the research were exposed to violence at least once during his/her life.

It was found out that men were exposed to violence by their father more. ( $p < 0,05$ ) 58,7 % of the nurses , 53,1 % of the midwives, 49,5 % of doctors in the scope of the research were exposed to violence from patients, relatives of the patients and his/her own colleague at least once during his/her career. 77,1% of working person hadn't taken education about violence directed at woman before graduation. After graduation it was determined that 31,6 % of the staff hadn't taken the education about the violence directed at woman. 79,5 of midwives, 57,5 % of nurses, 69,9% of doctors had taken the education about violence directed at woman after graduation. 74,3% of doctors, 73,2 of nurses, 67,5 of midwives had faced with violence directed at woman or suspicion of violence. 81,8 % mentioned that they would inform the authorities. The total scale mark of the health staff's scale related to describing the signs of violence directed at woman was found as  $18,6 \pm 3,7$ . It is determined that the average attitude mark of the participants is  $14,7 \pm 3,2$ .

As a result: it was found out that, health staff is insufficient in describing the indications of violence directed at woman.

Key Words: Violence, woman, attitude, doctor, nurse, midwife

## İÇİNDEKİLER

ONAY .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	xii
TABLolar DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Şiddetin Tanımı .....	6
2.1.1. Şiddet .....	6
2.1.2. Kadına Yönelik Şiddet .....	6
2.1.3. Aile İçi Şiddet .....	8
2.1.4. İş Yerinde Şiddet .....	8
2.1.5. Sağlık Alanında Şiddet .....	9
2.2. Şiddeti Ortaya Çıkaran Etkenler .....	11
2.2.1. Biyolojik Etkenler .....	11
2.2.2. Psikolojik Etkenler .....	12
2.2.3. Çevresel Etkenler .....	12
2.3. Şiddet Türleri .....	13
2.3.1. Fiziksel şiddet .....	13
2.3.2. Duygusal Şiddet .....	14
2.3.3. Cinsel Şiddet .....	15
2.3.4. Ekonomik Şiddet .....	15
2.3.5. Sözel Şiddet .....	16
2.4. Şiddet Döngüsü .....	16
2.5. Şiddeti Uygulayan Erkeklerin Genel Özellikleri .....	17

2.6.	Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınların Genel Özellikleri .....	19
2.7.	KYAİŞ' nin Kadın Sağlığına Olumsuz Etkileri .....	19
2.7.1.	Öldürücü Sonuçlar .....	19
2.7.2.	Öldürücü Olmayan Sonuçlar .....	19
2.8.	Dünya'da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.....	21
2.9.	Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet .....	23
2.10.	Kadın Konuları İle İlgili Uluslararası Yaklaşımlar.....	26
2.11.	Türkiye'de Kadın Konumunun İyileşmesine Yönelik Yapılanlar .....	26
2.12.	Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemek İçin Hukuki Düzenlemeler.....	27
2.12.1.	Anayasa .....	27
2.12.2.	4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun(1998).....	27
2.12.3.	Medeni Kanun (2002) .....	28
2.12.4.	5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (2004).....	28
2.12.5.	Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirlere İlişkin Başbakanlık Genelgesi (2006) .....	29
2.12.6.	4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2007) .....	29
2.12.7.	4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2008) .....	29
2.13.	Aile İçi Şiddete Yönelik Sağlık Personelinin Yasal Sorumlulukları .....	30
2.14.	Aile İçi şiddetten Korunma Stratejileri .....	30
2.14.1.	Birincil Koruma .....	30
2.14.2.	İkincil Koruma .....	30
2.14.3.	Üçüncül Koruma .....	31
2.15.	Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı.....	31
2.15.1.	Koruyucu ve Önleyici Tedbirler Başlığı Altında.....	31
2.15.2.	Hizmet Kurumları Başlığı Altında .....	32
2.15.3.	Eğitim Başlığı Altında.....	33
2.15.4.	Sağlık Başlığı Altında .....	33
2.16.	Şiddete Maruz Kalan Kadına Hizmet Sunan Kurum Ve Kuruluşlar .....	34
2.16.1.	Kolluk Kuvvetleri .....	34



2.16.2.	Adli Kurumlar .....	35
2.16.3.	SHÇEK( Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu).....	35
2.16.4.	Belediyeler .....	35
2.16.5.	Barolar .....	35
2.16.6.	STK (Sivil Toplum Kuruluşları) .....	36
2.16.7.	Sağlık Kurumları.....	36
2.17.	Kadına Yönelik Şiddeti Önlemede Sağlık Personelinin Görevi.....	36
2.18.	Kadına Yönelik Şiddeti Tanılama.....	40
2.18.1.	Fiziksel Muayene .....	40
2.18.2.	Cinsel Şiddet .....	42
2.19.	Şiddetin Engellenmesi .....	42
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	47
3.1.	Araştırmanın Tipi .....	47
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	47
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	47
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	47
3.4.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu .....	48
3.4.2.	Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Soruları .....	48
3.4.3.	Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu .....	49
3.5.	Veri Toplama Yöntemi .....	51
3.6.	Değişkenler .....	51
3.6.1.	Bağımlı Değişkenler.....	51
3.6.2.	Bağımsız Değişkenler.....	51
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi .....	51
3.8.	Araştırmanın Etiği .....	52
3.9.	Sınırlılıklar .....	52
3.10.	Süre ve Maliyet .....	52

4.BULGULAR .....	53
4.1. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
4.2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi .....	59
4.3. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Eğitim Durumu ve Kadına Yönelik Şiddet Olgusuyla Karşılaştığında Bildirim Yapma Durumuna İlişkin Bulgular.....	66
4.4. Hekim, Hemşire, Ebelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Sorularına Verdikleri Yanıtlara Ait Bulgular .....	71
4.5. Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puan Dağılımına İlişkin Bulgular .....	72
4.6. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Alt Ölçeğin Puanlarına İlişkin Bulgular .....	83
5.TARTIŞMA .....	91
5.1. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	91
5.2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	93
5.3.1. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Eğitim Durumların İncelenmesi .....	96
5.3.2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Olgusuyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Durumlarının İncelenmesi.....	98
5.4. Hekim, Hemşire, Ebelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtlara Ait Bulguların İncelenmesi .....	99

5.5.	Hekim, hemşire ve ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Tutum puanı ve Kadınına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlama Ölçek Puan Dağılımına İlişkin Bulguların ve Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Alt Ölçeğin Puanlarına ilişkin Bulguların İncelenmesi.....	101
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER .....	108
7.	KAYNAKLAR.....	113
	EKLER .....	125
EK.1:	Anket .....	125
EK.2:	Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Soruları .....	130
EK.3:	Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek Formu .....	131
EK.4:	Etik Kurul Onayı .....	132
EK.5:	İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı .....	133
EK.6:	Sağlık Ocakları Listesi.....	134
EK.7:	Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu.....	135
EK 8:	Sağlık Ocaklarında Kullanılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu .....	137
EK 9:	Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Bildirim Formu.....	139
	ÖZGEÇMİŞ .....	140

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AİŞ	: Aile İçi Şiddet
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICPD	: International Conference on Population and Development (Uluslar Arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
KSGM	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
KYAIŞ	: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet
KYŞ	: Kadına Yönelik Şiddet
KYŞBT	: Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlama
MÖE	: Mezuniyet Öncesi Eğitim
MSE	: Mezuniyet Sonrası Eğitim
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	54
Tablo 2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Gelir Düzeyine Göre Dağılım .....	57
Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları.....	58
Tablo 5. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Öykülerine Göre Dağılımı.....	59
Tablo 6. Katılımcıların Şiddete Uğrama Durumlarının Uygulayan Kişiye Göre Dağılımları.....	60
Tablo 7. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Amirleri Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı.....	61
Tablo 8. Hekim, Hemşire ve Ebelerin İş Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Bazı Değişkenlere Dağılımı.....	62
Tablo 9. İş Yaşamında Şiddet Uygulayan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	63
Tablo 10 İş Yaşamında Şiddet Uygulayan Kişilerin Mesleklere Göre Dağılım.....	64
Tablo 11. İş Yaşamında Şiddet Uygulayanların Hekim, Hemşire ve Ebelerin Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 12 Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Alınan Eğitimin Mesleklere Göre Dağılımı.....	66
Tablo 13. İş Yaşamında KYŞ Konusunda Olgularla Karşılaşmanın Mesleklere Göre Dağılımı.....	67
Tablo 14. İş Yaşamında Karşılaşılan KYŞ Olgularını Adli Makamlara Bildirimin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı.....	68
Tablo 15. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Olgusu veya Şüphesi İle Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedeni Olarak Belirttikleri Durumların Dağılımı.....	70
Tablo 16. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin KYŞ'e İlişkin Tutum Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı .....	71
Tablo 17. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanı Dağılımı.....	72

Tablo 18. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı .....	72
Tablo 19. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 20. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mesleklere Göre Dağılımı .....	74
Tablo 21. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı.....	75
Tablo 22. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	76
Tablo 23. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Evlenme Şekline Göre Dağılımı.....	76
Tablo 24. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 25. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Anne Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	78
Tablo 26. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Baba Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	79
Tablo 27. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Dağılımı .....	79
Tablo 28. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımı .....	80
Tablo 29. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Amirleri Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımı .....	81
Tablo 30. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezuniyet Öncesi Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	81
Tablo 31. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezuniyet Sonrasında Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	82
Tablo 32. KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının İş Yerinde Şiddet Olgusu ya da Şüphesiyle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı .....	82
Tablo 33. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı .....	83

Tablo 34. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	84
Tablo 35. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	84
Tablo 36. Katılımcıların KYŞBT İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Mezun Olunan Okul Durumuna Göre Dağılımı .....	85
Tablo 37. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Anne Eğitim Durumuna Göre Dağılımı .....	86
Tablo 38. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	87
Tablo 39. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı .....	87
Tablo 40. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Fiziksel Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (Doğru cevap verenler) .....	88
Tablo 41. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Duygusal Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (doğru cevap verenler) .....	89

## 1.GİRİŞ

Şiddet; genel anlamda insanların psikolojik veya fizyolojik düzeyde zarar görmesinden yaralanmasına ve giderek sakat kalmasına ve hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olan bireysel ve toplu hareketlerdir. Şiddet ve saldırganlığı doğuran kışkırtan ve besleyen ortamlar vardır. Şiddete ilişkin literatürde öfke, düşmanlık, saldırganlık, çatışma engellenme, güç, güçsüzlük gibi kavramlar yer almaktadır. Öfke ve düşmanlık duygularının dışa vuruk ifadesi olarak şiddet ortaya çıkmaktadır (1.2.3).

Aile içi şiddet; mağdurlar, diğer aile üyeleri ve bu şiddetin tanığı olan çocuklar üzerinde ciddi fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlara yol açmasının yanı sıra; gelecek kuşakları da etkilemekte ve toplumdaki diğer eşitsizlikleri ve şiddeti güçlendirmektedir (4).

Genel hatlarıyla kadına yönelik fiziksel, duygusal ve ekonomik şiddetin çok faktörlü özelliği, sorunu en aza indirmek için uzun, verimli ve çok boyutlu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Gerçekte sorunun hiç olmaması özlenen ve istenen bir durumdur. Ama günümüzde bunu tamamen kaldıran bir toplum yoktur.(5)

Hemen hemen dünyanın bütün ülkelerinde ev içindeki şiddet kadınların canını alıyor. 15-44 yaş grubundaki kadınları evdeki şiddet, sıtma, kanser ve kazadan daha çok fazla tehdit ediyor.(6)

Dünyada her yıl 1,6 milyon insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirirken 16 milyon insan şiddetin sonucu olarak hastanelere başvurmaktadır başka bir deyişle her gün şiddet nedeniyle 4000'den fazla kişi ölmektedir. Bu ölümlerin %90'dan fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Şiddet nedeniyle yaşamını yitirenlerin yaklaşık 2300'ü kendine yönelik şiddetten meydana gelirken, 1500'ü diğer kişiler tarafından ve 400'ü ise savaş ya da kolektif şiddet sonucu meydana gelmektedir.(7)

DSÖ'nün 10 ülkede 24.000 kadınla yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların %13-61'i fiziksel şiddete, %6-59'u cinsel şiddete, %15-71'i hem fiziksel hem cinsel şiddete, %20-75'i ise duygusal şiddete maruz kalmaktadır. Aynı çalışmaya göre şiddet uygulayanların %75'i kadının eşi/birlikte yaşadığı kişidir. (8,22,72)



Türkiye’de TÜBİTAK desteğinde 2007 yılında yapılan araştırmaya göre, ülke genelinde her 3 kadından 1’i (%35’i) hayatı boyunca en az 1 kere eşinden fiziksel şiddet görmektedir. Bu sıklık doğuda %40 olarak bulunmuştur.(9)

T.C Başbakanlık Aile ve sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ile T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ortaklaşa yürüttükleri aile araştırmasında, kadınların sadece %8’i eşlerinin sorun çözümünde şiddete başvurduklarını ifade etmiştir. (10)

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından 2009 yılında Türkiye genelinde toplam 24.048 hane ile yapılan çalışmada kadınların %39’unun hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet, %15’inin cinsel şiddet ve %44’ünün duygusal şiddet gördükleri saptanmıştır.(11)

Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarda kadınların şiddete maruz kalma oranları; sözel (duygusal) şiddet oranını % 75, fiziksel şiddet oranını % 39, cinsel şiddet oranını ise % 28 olarak belirtmiştir.(12) Bir diğer çalışmada ruhsal /sözel şiddetin %99,1, fiziksel şiddetin % 36,4, cinsel şiddetin % 5,4 oranlarında olduğu bulunmuştur (13). Dindaş ve Ege çalışmasında kadınların % 28’inin sözel şiddet, % 25,9’unun duygusal şiddet, % 14’ünün fiziksel şiddet, % 11,4’ünün ekonomik şiddet ve % 8’inin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur.(14) Yanikkerem (2002)’in çalışmasında evli kadınların % 37,7’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı, % 40,5’inin eşlerince cinsel ilişkiye zorlandığı ve % 41,4’ünün ise esleri tarafından aşağılandığı belirtilmektedir.(15) Altun (2006)’nun yaptığı çalışmada, kadınların % 47,2’sinin aile içinde fiziksel şiddet gördüğü ve şiddete maruz kalan kadınların % 80,0’inin yapacak bir şey olmadığına inandıkları bulunmuştur.(16) Güler ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, kadınların %40,7’i şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir.(17)

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birindeki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir. Bu nedenle şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin, polis ve adli personelin şiddetin ne olduğu, nelerin şiddet sayılacağı, şiddete maruz kalana yaklaşım ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir (18).

Dünyada milyonlarca kadının şiddete maruz kaldığı bilinmekte, ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması

gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli tutulmaktadır. Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, şiddet kullanımı toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın şiddet olarak algılanıp tanımlanması da güç olmaktadır. Bu nedenle kadınların aile içi şiddete bakış açıları ve şiddeti sorun olarak algılama durumlarının belirlenmesinin, sorunun erken dönemde tanımlanması ve çözümlenmesinde sağlık personeline yol gösterici olacağı düşünülmektedir.(19) Çünkü yapılan çalışmalara göre kadına yönelik aile içi şiddet, tanımlanması ve müdahale edilmesi zor bir durumdur. Acil servisler, aile içi şiddete maruz kalan kadınların aile/arkadaş ve polisten sonra yardım almak için en çok başvurdukları üçüncü yerdir. (20,21)

Kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanmasında, tedavi, destek ve rehabilitasyonu yanı sıra, toplumda şiddetin azaltılmasında, önleme, koruma ve erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Toplumun tüm alanlarında hizmet sunan sağlık çalışanları, şiddet ile ilişkili kendi tutumlarını tanımaya ve profesyonel hizmet sunumlarında bu yaklaşımlarının etkilerinden arınmış olmaya çabalamalıdır. Sağlık çalışanları, etik ve mesleki kodlar doğrultusunda aile şiddet mağdurunu tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidir .(22)

Amerikan Acil Hemşireleri Birliği'ne göre, hemşireler her alanda aile içi şiddeti tanımlama, değerlendirme, kadına danışmanlık yapma ve gerekli yerlere yönlendirme açısından anahtar pozisyonundadır. 2003'te Amerika'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin yalnızca %48'i eğitimlerinde aile içi şiddeti gördüklerini ifade etmişlerdir. Hemşireler çalışma ortamlarında hastalarla kurdukları yakın ilişki ve çoğunluğu kadın olan bir meslek grubundan olmaları sebebiyle şiddete uğrayan kadınların tespiti ve danışmanlığı açısından kilit noktadadırlar. Ancak hemşirelik eğitimi sürecinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında "kadına yönelik şiddet" in yetersiz yer alması nedeniyle hemşireler aile içi şiddete maruz kalan kadınların tespiti ve müdahalesinde yetersiz kalmaktadırlar.(23)

Baysan (2003)'nin çalışmasında kadına yönelik şiddetle ilgili olarak, hemşire ve ebelerin % 7,1'inin öğrenimleri sırasında bu konuya yer verildiği ve % 7,8'inin hizmet içi eğitim aldığı belirtilmiştir. Bunun yanında hemşire ve ebelerin % 66,9'unun kadına yönelik şiddet konusunda bilgi almaya gereksinimi olduğu ve % 28,6' sının şiddeti ele alma konusunda kendini yeterli bulduğu saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin % 31,2'sinin kadına yönelik şiddet belirtilerinden duygusal belirtileri tanımada ve % 50,0'sinin fiziksel belirtileri tanımada yetersiz olduğu bildirilmektedir.(24)

Hastalara yardım etmeye çalışan sağlık çalışanlarının çalışma ortamında şiddete uğraması şaşırtıcı ve kabul edilemez bir durumdur. Bu durum sağlık çalışanının fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına zarar vermekte, ilk etkilerinin yanında stresin ve tıbbi hataların artmasına, is verimliliğinin ve yaşam kalitesinin azalmasına, anksiyete ve konsantrasyon güçlüklerine, ruhsal problemlere ve sosyal ilişkilerden çekilme gibi bir çok bozukluklara yol açabilmektedir.(25)

Sağlık çalışanları, bir yandan kendileri şiddete sunuk kalırken öte yandan da şiddetin giderilmesi ile doğrudan ilgilenen bir meslek grubudur. Çünkü şiddete uğrayan tüm kurbanlar ilk önce sağlık çalışanı ile iletişim kurmaktadır. Buna karşılık, sağlık çalışanlarının kendisi de işyerinde şiddete kurban olmaktan kurtulamamakta, kimi zaman ağır hakaretlere sunuk kalmakta kimi zaman darp edilmekte ve hatta bazen canlarına kastedilmektedir. Sağlık ortamının sistemden kaynaklanan sorunları ve kimi yöneticilerin sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, toplumda var olan şiddet eğilimi ile de birleşerek, hastalarına yardım etmeye çalışanların karşısına şiddet olarak çıkmaktadır. Böylece şiddet ortamından diğer çalışma ortamlarına göre daha çok etkilenmekte ve sağlık çalışanları her geçen gün artan bir biçimde işyeri şiddetine uğramaktadır.(26)

Avrupa Yaşamı Geliştirme ve İş Güvenliği Derneği tarafından 2000 yılında yapılan geniş kapsamlı çalışmanın sonuçlarına göre çalışanların %1-5'inin fiziksel şiddete, %9'unun psikolojik şiddete maruz kaldıkları, bazı meslek grupları arasında örneğin sağlık sektöründe şiddet oranının %12 olduğu, eğitim, savunma gibi sektörlerde şiddetin yoğun olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda ise fiziksel şiddete en fazla maruz kalan meslek grupları içinde %24'ünün sağlık, %23'ünün sosyal servisler, %7'sinin bankacılık, %7'sinin posta

hizmetleri, %7'sinin eğitim, %5'inin polis, %2'sinin güvenlik alanlarında çalışanlarda görüldüğü bildirilmiştir.(27)

Erzurum'da yapılan bir çalışmada; Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %68,1'inin (n=645) şiddete maruz kaldığı, şiddetin %87'sinin (n=548) sözel şiddet şeklinde olduğu, şiddetin klinikler içinde en çok %84,9 oranında (n=90) acil serviste gerçekleştiği, meslek grupları arasında en çok %78,8 oranında (n=41) uzman hekimlerin şiddete maruz kaldığı, maruz kalınan şiddetin %49,7 oranında (n=311) 08-16 saatleri arasında gerçekleştiği, şiddeti uygulayan kişinin %59,5 oranında (n=375) 25-40 yaşlarında, %79,9 oranında (n=509) erkek olduğu, sağlık çalışanlarına göre şiddet nedeninin %44,2 oranında (n=227) sağlık sisteminden kaynaklandığı, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonucu %31,7 oranında (n=185) saldırganı kovma şeklinde tepki gösterdiği, şiddetin sağlık çalışanlarının %38,5'nun (n=224) mesleki performanslarını azalttığı tespit edildi.(28)

Erzurum il merkezinde Uzun ve arkadaşları tarafından 2000 yılında hemşireler üzerine yapılan başka bir araştırmada; hemşirelerin %85,7'si son altı ayda sözel saldırı ile karşılaştıkları, sözel saldırının kaynağı en yaygın olarak hasta ailesi (%65,5) olduğu tespit edilmiştir. (25)

Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği bildirilmiştir. (29)

#### **Çalışmamızın amacı,** çalışmamızdan elde edilecek bilgilerle;

1-Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutum düzeylerini belirlemek böylece hekim, hemşire ve ebelerin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerinin düzenlenmesi için veri oluşturulmasına katkıda bulunmak,

2-Çalışmanın verilerinden hekim, hemşire ve ebelerin aile içi şiddet ve iş yeri şiddetine maruz kalma durumları belirlemek, böylece şiddete maruz kalma durumunun şiddet belirtilerini tanıma ve şiddete maruz kalma durumunda bildirim yapma durumuna nasıl etkide bulunduğu belirlenmeye çalışmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şiddetin Tanımı

#### 2.1.1. Şiddet

Tanımlanması oldukça güç kavramlardan biridir. Söz konusu güçlük; şiddetin insanlık tarihinin her döneminde etkili bir biçimde kendisini göstermiş bir kavram olmasının yanında, farklı birçok boyutu nedeniyle karmaşık bir yapıya sahip olmasından da kaynaklanmaktadır. Şiddeti bir olgu olarak, kaynağı, nedenleri, boyutları ve ortaya çıkış biçimleri açısından ele alıp incelerken, her toplum ve her zamanda geçerli olabilecek standart bir şiddet tanımlaması ve sınıflamasına ulaşmanın da mümkün olmadığı görülecektir. Şiddet olgusunu, kalıtsal etkenlerden içgüdülere, kişilik özelliklerinden engellenme karşısında verilen tepki biçimine toplumsal ve kültürel etkenlerden, merkezi sinir sistemindeki iletiler ve hormonlara kadar pek çok faktör etkilemektedir. Kısaca, şiddetin saldırgan dürtülerde artma ve bu dürtülerin içsel kontrolünde azalma sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir.(30)

Dünya Sağlık ve Şiddet Raporunda (2002); şiddet özel bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol etme davranışı şeklindeki eylemlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranış olarak tanımlanmaktadır.(31)

Türü ya da nedeni ne olursa olsun, şiddetin temelinde bir güç dengesizliği yer almaktadır. Şiddet, güçlünün güçsüz üzerinde egemenlik kurma, isteklerini kabul ettirme baskısı üzerine kurulu, dengelerin bozulduğu, yaşamın tehdit edildiği bir davranış türü olarak, toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir (16).

**2.1.2 Kadına Yönelik Şiddet;** “Kadınlara yönelik şiddet” terimi, kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan, bu tip hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, ister toplum önünde ister özel hayatta meydana gelmiş olsun, cinsiyete dayalı her türden şiddet anlamına gelmektedir (32).

4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu”nda kadına yönelik şiddet, genel bir bakış açısıyla, şöyle sıralanmıştır:

- Dayak dâhil aile içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet evdeki kız çocuklarının cinsel istismarı, çeyizle bağlantılı şiddet, evlilikte tecavüz, kadının cinsel organına zarar verme ve diğer geleneksel uygulamalar, nikâh dışı şiddet ve istismarla bağlantılı şiddet;
- Tecavüz, cinsel taciz, işyerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde sarkıntılık ve cinsel zorlama dâhil toplum içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadınların alınıp satılması ve fahişeliğe zorlanması;
- Nerede olursa olsun, devletin yürüttüğü ve göz yumduğu fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet.
- Kadınlara yönelik şiddetin diğer türleri arasında, silahlı çatışma durumlarında kadınların insan haklarının ihlal edilmesi, özellikle cinayet, sistematik tecavüz, cinsel kölelik ve gebeliğe zorlama vardır.
- Kadınlara yönelik şiddet hareketleri, aynı zamanda zorla kısırlaştırma ve düşüğe zorlama, kontraseptiflerin zorla/baskıyla uygulanması kız bebeklerin öldürülmesi ve doğum öncesi cinsiyet seçimini de kapsamaktadır.(22)

Kadına yönelik şiddet doğum öncesi başlar. Erkek çocuk isteği, kız bebeklerin kürtaşı, ardından kızların öldürülmesi cinsel istismar, genital mutilasyon, fiziksel şiddet, sakatlıklar intihara zorlama ve cinayetler şeklinde görülür.(33)

Kadına yönelik aile içi şiddetin tüm bu etkileri göz önünde bulundurulduğunda, tanılanması ve müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunu olduğu ortaya çıkmakta ve müdahale edilmediği takdirde bu durumun kadının hayatının son bulmasına yol açabileceği düşünülmektedir. (35)

Kadına yönelik şiddetin yaygınlığı, risk faktörleri, nedenleri ve sonuçlarını derinlemesine araştıran araştırmalar sürdürülmektedir. Ülkelerin sosyal, ekonomik ve kültürel yapılarındaki bazı sorunların kadına nasıl şiddet olarak yansıdığı

gösterilmektedir. Şiddetin önlenmesinde ve şiddetle bas etmede toplumsal ve bireysel düzeyde bilgilendirme ve sorumluluk kazandırma çalışmaları devam etmektedir. (36)

**2.1.3 Aile İçi Şiddet** ise bir kişinin eşine, çocuklarına, anne babasına, kardeşlerine ve/veya yakın akrabalarına yönelik uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır. Aile içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, tedavi harcamalarının artmasına, aile ve toplum sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Toplumda şiddetsiz bir kültür oluşturmada, şiddeti önleme, koruma, azaltma ve erken müdahalede sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Aile içi şiddet olgularının tanınmasında, mağdurlara tıbbi bakım, destek, danışmanlık sunmada ve rehabilitasyonunda sağlık çalışanlarının anahtar konumda olması beklenmektedir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının çoğu, şiddete uğramış kadının gereksinimlerini ve görüşmenin sorumluluğunu üzerine alacak eğitime sahip değildirler. Aile içi ve özellikle kadına yönelik şiddet Türkiye’de öncelikli bir sorun olmasına rağmen bu konuda çalışmalar sınırlıdır. Kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratması, şiddetin güvenli annelik, aile planlaması, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi gibi birçok önemli sağlık sorununa doğrudan olumsuz etkisi olması ve sağlık çalışanlarının, şiddete uğramış olgularla sıkça karşılaşmaları nedenleriyle şiddete yaklaşımları önem taşımaktadır.(37)

Kuşaktan kuşağa aktarılan, her zaman basitçe şiddetin kendisi değil, bu durumun yarattığı olumsuz duygusal süreçtir. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları, kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir. Şiddet ve ihmal sonucu oluşan iç ruhsal yapı, çoğu kez yine çeşitli biçimleriyle şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır.(38)

**2.1.4 İş Yerinde Şiddet;** İş yerinde şiddet ise, “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır.(29) Çalışan bireyin sağlığı, genel faktörlerden etkilendiği gibi daha fazla oranda çalışma ortamından ve ilişkilerinden kaynaklanan

risklerden de etkilenmektedir. Bu yüzden işyeri ortamının tipi, iş yükü v.b. özellikler çok önemlidir ve işyerinde çalışanın biyo-psiko-sosyokültürel bütünlüğüne zarar verici etkenleri tanımak, çalışanın sağlığını korumak, en üst düzeye çıkarmak ve iş verimini arttırmak amaçlanmalıdır.(40)

### 2.1.5 Sağlık Alanında Şiddet

Tarihsel gelişim sürecinin, insanlarla birlikte başladığı hususunda herhangi bir şüphe bulunmayan ve bu nedenle aksi görüş iddia edilmeyen bilimsel etkinlik alanı olan tıp uygulaması, bugün gelmiş olduğu noktada değişik bakış açılarına göre birçok sorun kümeleri içermektedir. Bu sorunlardan biri olan şiddet; hasta ve hasta yakınların ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan bir tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır.

Her bireyin duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır. Hastaneye yatan kişilerin içinde buldukları ortamda birçok kısıtlama ve engelleme, hastalıklarına bağlı beden kontrolünün kaybı, bedenlerindeki değişiklikler, yakınlarından uzakta olma, yabancı ve çoğu kez mekanik bir ortamda bulunma, günlük yaşamdan kopma gibi kayıplar ve sorunlar biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit oluşturur, benlik saygılarını düşürür.(28)

Yapılan çalışmalarda, şiddetin en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetlerden doğası gereği farklılar gösterdiği ifade edilmiştir.(29)

Araştırmalar, hastaların durumlarını gerçekçi olarak algılamaya başladıktan sonra duygularının öfke biçiminde ortaya çıktığını, öfkenin görevlilerce anlaşılma ve uygun tedavi edilme isteğini belirten bir sinyal olduğunu, hastaların korkularını ve diğer duygularını ifade edecek sözcükleri bulamamaları nedeniyle tedavilerini reddetme, işbirliği yapmama, sık sık isteklerde bulunma, sürekli yakınma, sözel sataşma ya da iğneleyici sözcükler kullanma, sözel veya davranışsal tehditlere yönelme gibi öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyan tepkiler verdiklerini göstermiştir.(28)

Yapılan çalışmalarda maruz kalınan şiddetin genellikle stresli durumları takiben bir savunma mekanizması olarak meydana geldiği değerlendirilmektedir. Sözel



şiddeti en sık uygulayan kişilerin hastalar, hasta yakınları, diğer sağlık çalışanları ve ziyaretçilerdir. Sözel şiddete maruz kalma sonrası en sık gösterilen duygusal tepki sinirlenme şeklinde olup her şeye rağmen tekrar görevini yapma şeklinde yaklaşım tarzları da görüldüğü, sözel şiddetin çalışanların moralini olumsuz yönde etkilediği, duygusal olarak çökmeye, mesleki performansta düşmeye ve kurumdan ayrılmasına neden olabildiği bildirilmektedir.(28)

Yapılan çalışmalar sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği, sağlık çalışanlarının %40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıklarını ortaya konmuştur. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, sağlık çalışanlarına karşı uygulanan şiddetin ve saldırganlığın alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu, şiddetle karşılaşmanın hekimler kadar diğer sağlık personeli ve hatta hastalar için de ciddi bir sorun olabileceğini vurgulamışlardır.(28)

Şiddet olaylarının en çok görüldüğü birimler acil servis, geriatri, psikiyatri ve yoğun bakım üniteleridir. Acil servisler doğal olarak aşırı stresli mekanlar olup endişe içindeki yaralı hasta ve yakınlarının kişilik özellikleri, psikolojik sorunlarının varlığı, alkollü olma ve ilaç bağımlılığı ya da yoksunluğu durumu, uzun süreli bekleme, muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışma ve anlaşmazlıklar, öne sürülen tedavi yetersizliği nedeni ile hastanın ölümü sonucu hasta ve yakınlarının saldırganlaşma eğilimini arttırarak şiddet eylemlerini meydana getirebilir.(28)

Araştırmacılar alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır.(29)

Sağlık bakım kurumlarında şiddet giderek büyüyen ve yeni olmayan psikososyal bir sorundur. Sadece konuya ilginin derecesi artmıştır. Son 15 yıldır toplumdaki değişimlerin bir yansıması olarak görülme sıklığındaki artış nedeni ile şiddet ve önleme stratejileri artarak islenen bir konudur. 1988'de konuyla ilgili sadece 32 makale varken bugün yüzlerce makale yayınlanmıştır. ABD' de 1990-1996 döneminde temel sağlık hizmetleri, kadın-doğum hastalıklarıyla ilgili çıkan

kaynaklar incelendiğinde; kadın doğum kaynaklarının %38'inde, temel sağlık hizmetleri kaynaklarının %35'inde, acil tıp kitaplarının ise %29'unda şiddetle ilgili bölümlerin olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanları hizmet verirken sıklıkla şiddet kurbanı olmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre; kadın-doğum servisinde çalışan hemşirelerin %15'i birlikte çalıştıkları kişilerden fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. WorkCover NSWI (1997)'ye göre, 1992-1995 arasında sağlık bakım endüstrisinde görülen şiddet olaylarında %6,8 artış olmuştur. Sağlık bakımında şiddet, Lipscomb ve Love (1992) tarafından "acil tehlikeli durum" olarak tanımlanmıştır. Breakwell (1997), sağlık kurumlarında şiddeti, diğer alanlardan 26 kez daha riskli bulmuştur. Bugün beş milyon ABD çalışanı diğer mesleklerden gelen birçok güvenlik ve sağlık tehlikesi yaşamaktadır. Sağlık kurumları, geleneksel olarak yüksek riskli alanlardır ve hastanelerdeki şiddete duyarlı bakım alanlarında son yıllarda büyük bir patlama vardır. Ulusal İşyeri Güvenliği Enstitüsü (National Safe Workplace Institute-NSWI)'ne göre, sağlık kurumlarında şiddet olayları artmakla birlikte "bir işyeri tehlikesi" olarak kabul edilmiştir ve Endüstriyel İlişkiler Servisi (Industrial Community Service-ICS, 1998)'ne göre, sağlık bakım çalışanları diğer çalışanlara göre dört kez daha fazla şiddet olayı yaşamaktadırlar.(40)

Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalarda, etkili sağlık kurumu yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir.(29)

## **2.2.Şiddeti Ortaya Çıkaran Etkenler**

Şiddetin ortaya çıkmasında içsel ve dışsal olmak üzere pek çok faktör bulunmaktadır.

### **2.2.1 Biyolojik Etkenler**

Dünya sağlık örgütünün şiddet ve sağlık raporuna göre 2002 yılında bireysel etkenlerin içerdiği biyolojik, psikolojik ve davranışsal özellikler şiddetin nedenlerinin bir kısmını göstermektedir. Biyolojik etkenlerde cinsiyet ve hormon farklılıkları etkilidir. Bütün toplumlarda erkeklerin kadınlara göre daha saldırgan bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Erkeklik hormonları ile saldırganlık arasındaki

bağlantı daha anne karnındayken görülmektedir, kadınlık hormonları ise tam tersine saldırganlığı bastırmaktadır. Kullanılan ilaçlar ve bağımlılık yapan farklı maddeler de saldırganlığın bir nedeni olarak görülmektedir. Özellikle bağımlılık yapan alkol, şiddete neden olan bir maddedir. Alkolün düşük miktarda tüketilmesi saldırganlığı azaltırken, dozun artması saldırganlığın da artmasına neden olmaktadır. Kaygı giderici ilaçlar saldırganlığı azaltırken, uyuşturucu gibi maddeler ise saldırganlığı artırmaktadır. Biyolojik etkenler içerisinde anatomik ve biyo-kimyasal nedenleri de sayabiliriz. Yapılan araştırmalara bağlı olarak, beyin işlevlerini sağlayan bazı mekanizmaların saldırganlıkla ilgili olduğu ifade edilmiştir.(41)

Paranoid şizofreni diye adlandırılan akıl hastalıkları da biyolojik nedenler arasındadır. Sorumsuz, tepkici ve düşüncesiz hareket etme, vicdansızca ve suç niteliğinde davranışlar gösterme ve bunlardan hoşlanma biçimindeki tutumların görüldüğü anti sosyal kişilik bozuklukları da şiddetin biyolojik nedenlerindedir.(42)

### **2.2.2. Psikolojik Etkenler**

Şiddete neden olan bir diğer faktör psikolojik faktördür. İnsanlar üzerinde şiddete neden olan en güçlü unsurun “engellenme” olduğu düşünülmektedir. John Dollard’a göre “engellenme” her zaman bir biçimde saldırganlığa neden olur ve dolayısıyla saldırganlık “engellenme” temelinde oluşup gelişir. Engelleme çeşitli biçimlerde tanımlanabilir. Dollard’a göre, eğilimler, ihtiyaçlar, dürtüler bireyin kendi, organizmasından ya da toplumsal çevresinden gelen nedenlerle doyumsuz kalıp amacına ulaşamayınca ortaya çıkar. İşte bu “engelleme” davranışı kişi üzerinde şiddete sebep olmaktadır.(43)

Bir diğer psikolojik etken ise kişinin çocukluğunda yaşamış olduğu şiddet olaylarıdır. Çocuklukta annesine ve diğer aile üyelerine şiddet uygulandığına tanık olan çocuğun gelecekteki davranışları olumsuz yönde etkilenir.(44)

### **2.2.3. Çevresel Etkenler**

Pek çok kişi çevresinden etkilenerek de şiddete eğilim gösterebilir. Özellikle çocukluk döneminde bir kişi çevresinden daha kısa sürede etkilenir. Bu nedenle bireyin çocuklukta aldığı zihinsel, duygusal, sosyal ve psikoseksüel gelişimi, aldığı öğrenme modelleri, tecrübeleri, olaya yüklediği anlam saldırganlık eğilimini

oluşturur. Şiddete neden olan temel kişilik ve davranışlar hiperaktif dürtüsellik, zayıf davranış kontrolü ve dikkat problemleridir.(45)

Kişinin çocukluğu veya ailesi dışında pek çok çevresel faktörler de şiddeti meydana getirmektedir. Bu faktörler ise, hava kirliliği, kalabalık, gürültü v.b. (43)

### 2.3 Şiddet Türleri

DSÖ' nün sınıflamasına ve ilgili literatür temeline dayanılarak, şiddet türleri fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şeklinde sınıflandırılabilir.(30)

Şiddetin fizyolojik, duygusal ve cinsel boyutlarına ilişkin bu sınıflamanın şiddet olgusunu çeşitli örneklemeler üzerinde inceleyen pek çok araştırmacı tarafından da benimsendiği görülmektedir.(46, 47, 48, 49, 50, 51)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2002), şiddet ve sağlık üzerine dünya raporunda, şiddet davranışlarını şöyle sınıflandırmaktadır(31)

**a. Kendine Yöneltilmiş Şiddet:** Kendine yöneltilmiş şiddet, intihar davranışı ve kendine zarar verme olarak ikiye ayrılmaktadır.

**b. Kişiler Arası Şiddet:** İki kategoride incelenebilir. İki aile ve yakın kişilerle ilgili ve genellikle evde olan şiddettir. İkincisi ise toplumda tanıdık ya da yabancılardan olan şiddettir. Kişiler arası şiddetin doğası fiziksel, cinsel ve psikolojik olabilir.

**c. Kolektif Şiddet:** Sosyal, ekonomik ve politik olmak üzere kendi içinde üçe ayrılmaktadır. Planlı ve belirli bir sosyal amaç çerçevesinde oluşturulan şiddet kolektif şiddettir ve organize gruplarca yapılan nefret suçları, terörist saldırıları, suç örgütlerince yapılan suçları içerir.(31.45)

Şiddet, uygulanışı ve Şiddetin uygulandığı kişiler dikkate alındığında farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Uygulanışına göre, fiziksel, duygusal (psikolojik), ekonomik, sözel ve cinsel şiddetten söz edilebilir.

#### 2.3.1- Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet, vurma, fırlatma, tekmeleme, tokat atma, dövme, itme, ısırma, boğazını sıkma, kemiklerini kırma, duvara vurma, saç çekme, tükürme, bıçak çekme,

yaralama, silah kullanma, yüze yakıcı bir madde dökme, bedende sigara söndürme, fiziksel kuvvet kullanarak evden çıkmasına veya eve girmesine engel olma, hasta ya da hamileyken gerekli yardımı esirgeme, özel eşyalara zarar verme, eşyaları fırlatma ve kırma, hasta, yaralı veya hamileyken hassas bölgelerine vurma, yiyecek ve tıbbi tedavi almasını engellemek gibi bireyde ciddi fiziksel yaralanmalara neden olan davranışları içermektedir (52)

Fiziksel şiddet, daha çok bedene yöneliktir ve bedensel güce dayalıdır. Kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatacak istekleri gerçekleştirmeyi hedefler. Fiziksel şiddete tehdit, aşağılama, cinsel baskı benzeri şiddet öğeleri de eşlik edebilir. Erkeğin, güç uygulayarak kadını denetim altına almayı, istediğini yaptırmayı ve hükmetmek için canını yakmayı, korkutmayı hedeflediği bir girişimdir. (53)

### **2.3.2- Duygusal Şiddet**

Sözel Şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kişiyi yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemektir. Aşağılayıcı sözler söylemek, eleştirmek, susturmak, karşı çıkmak, zaafı ile alay etmek, aşırı genellemeler yapmak (Sen hep böylesin, bunu her zaman yaparsın) suçlamak, küfretmek, alay etmek, küçük düşürmek, yüksek sesle bağırarak, eşi (kadını) çelişki içinde bırakmak, eşini hizmetçisi ismi gibi kullanmak eşin (kadının) öz güvenini yitirmesini neden olmak sözel şiddet içine girmektedir.(42)

Duygusal şiddetin etkileri, fiziksel şiddetin etkilerinden daha geç iyileşmektedir.(54)

Genelde fiziksel ya da cinsel istismarla duygusal şiddet birlikte yaşanmakta bazen tek başına da görülmektedir. Bir ilişkide şiddet genellikle duygusal şiddetle başlayıp, gittikçe tırmanarak fiziksel şiddete ulaşmaktadır. Duygusal istismara oldukça sık rastlanmasına rağmen tanımlanması ve fark edilmesi güç olduğu için kanıtlanmasında zorluklar yaşanmaktadır.(55)

Duygusal şiddet davranışları içinde ilk sırada aşağılayıcı sözler söyleme, ikinci sırada küçümseme ve son sırada lakap takma yer almaktadır (17)

### 2.3.3. Cinsel Şiddet

İnsana yönelik işlenen en ağır suçlardan biridir. İnsanlık var olduğundan beri kültür, sosyoekonomik düzey, rejim farkı olmaksızın, bütün toplumlarda, rızası olmadan veya yaş küçüklüğü ile akıl hastalığı gibi herhangi bir sebepten dolayı rızası kabul edilmeyen bir bireyin mahremiyetine, kişiliğine, fiziksel ve ruhsal varlığına ve çevresine karşı işlenen, cinayetten sonra en ağır suç olarak kabul edilen bir şiddet biçimidir.(25)

Kadınlar, erkeklerin ihtiyaçları ve arzusu doğrultusunda onlara cinsel “hizmet” sağlamaya mecbur edilir. Pek çok toplumda, kadınların sahip olacakları çocuk sayısı, zamanı, gebelikten korunma yöntemi kullanma ya da kürtaj olma vb. kararları verme özgürlüğü yoktur

Cinsel şiddetin büyük bir bölümü fiziksel şiddete dönüşebilir, hatta ve hatta öldürme ile sonuçlanabilir. Kadın bedenine yönelik en sık uygulanan istismar biçimidir. Gereksiz fiziki temas, dokunmalar veya elle vurma, imalı ve hoş karşılanmayan işaretler, sakalar, görünüm hakkında yorumlar yapma, sırnaşma ve bazı fedakârlık isteyen davetler, işyerinde müstehcen resimler kullanmak, cinsel yaklaşım talepleri, fiziki sarkıntılık bu alana girer. Kamusal alanda sıkça rastlanır.(56)

Cinsel taciz en sinsi olan şiddet biçimidir. Cinsel şiddet tüm dünyada bütün kültürlerde ve toplumlarda yaygın olarak görülen, hemşirelik dâhil kadınların çalıştığı tüm mesleklerde yaşanılabilecek önemli bir konudur.(57)

### 2.3.4. Ekonomik Şiddet

Maddi kaynakların, paranın söz konusu olduğu durumlarda erkek kadına karşı ekonomik açıdan kısıtlamalarda bulunur. Erkek çocuklarına bakmak ev için gerekli ihtiyaçların karşılanacağı şeklinde bahaneler ileri sürerek kadına az miktarda para verir. Bazen de kadının iş yaşamını engeller, kadın çalışıyorsa tüm maaşına el koyabilir. Aynı zamanda kadının bir iş sahibi olmasını engellemek kadın sosyo-ekonomik açıdan erkeğe denk olsa bile, psikolojik donanımının eksik kaldığı durumlarda kadın, ekonomik şiddete maruz kalabilir.(58)

### 2.3.5. Sözel Şiddet

Söz ve hareketlerle bir bireyi korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kişiyi yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemektir. Kişiyi küçük düşürücü adlar takmak ve sık sık olumsuz bir şekilde eleştirmek ve alay etmek de sözel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir.(59)

### 2.4. Şiddet Döngüsü

Şiddetin klasik ve kısır bir oluşumu vardır. Bir ailede Şiddet olduğu zaman Şiddet döngüsü denilen kısır döngü başlamış olur. Bu döngü üç fazdan oluşmaktadır.(2)

**Birinci faz;** gerginlik aşamasıdır. Bu fazda herhangi bir sebepten dolayı gerginleşir ve memnuniyetsizlik ifade edilir. Gerginlik nedeni çoğu kez soğuk bir yemek, bulunamayan bir çorap ya da çocukların yaramazlığıdır. Daha önceden şiddet yaşamış olan kadın bu tehlikeyi sezer ve ortamın gerginliğini gidermeye, şiddet dönemini geciktirmeye ertelemeye ve erkeği yatıştırmaya çalışır. Bu yöntem bir süre işe yarar ve kadının “onun şiddet içeren davranışlarını kontrol edebilirim” yanlış inancını da destekler. Zaman geçtikçe kadın tam tersine eşini yatıştırmaktan vazgeçer, öfkesini kontrol etmeye çalışmaz. Erkek bu değişikliği hisseder ve şiddet davranışı ortaya çıkana kadar kızgınlığını devam ettirir. Gerginlik artar kızgınlık, suçlama, tartışma ve kavga meydana gelir. Bu dönem birkaç hafta – birkaç yıl sürebilir.(60,61,62).

**İkinci faz;** akut eylem aşamasıdır. Erkeğin gerginlik ve kızgınlığı kontrol edilemeyen biçimde artmakta ve zarar verme davranışı acımasız ve kontrolsüz bir şekilde ortaya çıkmakta ve sonuç olarak fiziksel şiddet görülmektedir. Kadınlar aldıkları ciddi zararlardan dolayı tıbbi yardıma ve kadın kuruluşlarına ihtiyaç duymaktadırlar.(63)

**Üçüncü faz;** balayı dönemidir (ılımlı dönem). Şiddet uygulayan kişinin pişmanlık duyduğunu belirtmesi özür dilemesi ve bir daha olmayacağına söz vermesi ile karakterize barışma dönemidir. Bu dönem kadının hem fiziksel hem de duygusal olarak zayıf olduğu, ilgi ve Şefkate gereksinim duyduğu bir dönemdir. Bu evrede kadın şiddetin kaçınılmaz bir şekilde tekrarlanacağı gerçeğini inkâr eder, erkeğin değiştiğini düşünerek umutsuzca ona inanır ve şiddeti inkâr ederek şiddet uygulayanı affeder ve ilişkisini devam ettirmeye karar verir. Bu dönemde gerekli girişimlerde bulunulmazsa bir süre sonra gerginlik tekrar artmakta ve şiddet döngüsü birinci aşamaya geçiş yapmaktadır. Bu ılımlı dönem zaman geçtikçe yerini gerginliğe bırakır ve yeniden birinci faza geçilir. Böylece kısır döngü devam eder.(2)

### **2.5.Şiddeti Uygulayan Erkeklerin Genel Özellikleri**

Kadına şiddet uygulayan erkeğin bu davranışının temelinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yattığı ifade edilmektedir. Toplumsal cinsiyet erkek ve kadının biyolojik cinsiyetinden farklı olarak toplumda bir kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu rol dağılımında erkekler sahip olduğu gücü kötüye kullanarak kadınlar aleyhine bir yapılanmanın oluşmasını sağlamışlardır. Bu durum toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak tanımlanmıştır ve kadınların toplumda var olan olanaklardan erkeklere göre daha az yararlanmasına neden olan bir durumdur (64)

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde şiddet uygulayan erkeğin özellikleri aşağıdaki maddeleri içermektedir;

- Zayıf kişilik yapısına sahip olma
- Sıklıkla terk edilme,
- Kayıplar, yardımsızlık, bağımlılık, güvenlik duygusunda azalma,
- Kendine güven eksikliği,
- Baskılanmışlık duygusu taşır,
- Hayattaki olumsuz olaylarla başa çıkmada yetersiz kalır.
- Kişilik bozukluğu tanısı konulanlara sık rastlanmaktadır.
- Engellenmeye karşı düşük tolerans gösterir.
- İstismar ve şiddetin bulunduğu ailelerde büyümüştür.



- Kendi davranışlarıyla ilgili inkâr, küçümseme, iddiacı ve yalana yönelme şeklinde bir tutum içindedir.
- Şiddet konusundaki görüşlerine bütün dünyanın katıldığını ve şiddetin günlük hayatla baş etme yollarından biri olduğu görüşündedir.
- Çocukluklarında benzer olaylara tanık oldukları için şiddete başvurur.
- Empati yapma yeteneği zayıftır. Kadın ve erkek davranışları konusunda katıdır.
- Sıklıkla kendisini özel olarak görmekte, koruyucu ve bakım verici olarak özel ilgiye hakkı olduğunu düşünmektedir.
- Kişilik özellikleri ya da ruhsal bozuklukları sebebi ile şiddet uygulamaktadırlar.
- Alkol alma, sarhoşluk, madde bağımlılığı sık görülür, aşırı kıskançtır.(13, 65, 66, 67)

Yanikkerem'in (2002) elde ettiği araştırma sonuçlarına göre; şiddet uygulayan erkeklerin sudan sebeplerle kavga ettikleri (%66,0), kadını eleştirdikleri (%59,1), kadınlarla gerekmedikçe sohbet etmedikleri (%45,2), ters giden olaylardan sonra kadını suçladıkları (%47,2), kadınlarla alay ettikleri (%36,5), kadını diğer insanların önünde küçük düşürdükleri (%29,5) ve kadınları aşağıladıkları (%28,9) görülmüştür. Erkekler şiddet davranışlarını haklı göstermek için bu davranışın, tahammül sınırlarının zorlanmasına bir tepki olarak ortaya çıktığını söylemişlerdir. Bu davranışın genellikle ilişkide yaşanan yüksek gerilim-gerginlik veya hayal kırıklığının bir ifadesi olduğunu belirtmişlerdir. Bazı erkekler saldırgan olduklarını kabul etseler de birçok erkek sorumluluğu eşlerinin üzerine atmaktadır. Katılımcıların şiddeti haklı görmelerinde sebep genellikle, şiddetin temelinde kadınların provokasyonu ve kişiliklerinin olduğunu düşünmeleridir. Hatta bazı durumlarda paradoksal bir biçimde kadınları şiddet uygulayıcılar olarak görmektedirler Şiddet uygulayan erkeklere terapi hizmeti sunulmuş ancak erkekler, 4-5 görüşmeden fazla terapiye devam etmemişlerdir. Şiddet uygulayıcılar, şiddeti genelde onaylamamakla birlikte, özel durumlarda yaptıklarının doğruluğuna inanarak kendilerini savunmuşlardır. Şiddet uygulama nedeni olarak eşlerinin kendilerini kışkırtmalarını ve kontrollerini kaybettiklerini aktarmışlardır. Ancak kendilerinde dönüştürülecek pek bir özellik görememişlerdir.(15,68)

## 2.6. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınların Genel Özellikleri

Yapılan araştırmalara göre aile içi Şiddete maruz kalan kadınların özellikleri sınıflandırılmıştır:

- **Yetersiz özgüven:** bu kadınlar kendilerini yetersiz, güvensiz ve değersiz bulan kadınlardır
- **Aşırı bağımlılık:** evlilikte Şiddete uğrayan kadınların yüksek bağımlılık ihtiyacı taşıdıkları saptanmıştır
- **Depresyon:** evlilikte Şiddete uğrayan kadınlar bu durumda çoğu kez depresyona girmektedirler
- **Aşırı sorumluluk yüklenme:** Şiddete başvuran erkeklerin aksine Şiddete uğrayan kadınların bu durumdan ötürü aşırı derecede kendilerini sorumlu tuttuğu görölmektedir.
- **Geleneksel cinsiyet rollerine duyulan inanç:** tıpkı erkekler gibi Şiddete uğrayan kadınların da kadın-erkek rollerine ilişkin çok geleneksel bir bakış açısına sahiptirler (67)

## 2.7.KYAİŞ'nin Kadın Sağlığına Olumsuz Etkileri

### 2.7.1.Öldürücü sonuçlar

- Cinayet
- İntihar
- Anne Ölümü
- HIV/AIDS

### 2.7.2. Öldürücü Olmayan Sonuçlar

#### a. Fiziksel sağlık

- Ağrı
- Kalıcı fonksiyonel bozukluk
- Kendini iyi hissetmeme
- Obezite

**b. Kronik durumlar**

- Kronik ağrı sendromu
- İrritabl barsak sendromu
- Gastrointestinal düzensizlikler
- Somatik şikayetler
- Fibromiyalji

**c. Üreme sağlığı**

- İstenmeyen gebelikler
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar enfeksiyonlar
- Jinekolojik sorunlar
- Sağlıksız düşükler
- Gebelik komplikasyonları· Erken doğum
- Düşük doğum ağırlıklı bebek
- Pelvik inflamatuvar hastalıklar

**d. Ruh sağlığı**

- Post travmatik sendrom
- Depresyon
- Anksiyete
- Fobi-panik atak
- Yeme düzensizlikleri
- Uyku bozuklukları
- Cinsel disfonksiyonlar
- Benlik saygısının yitirilmesi
- Madde kullanımı

**e. Olumsuz sağlık davranışları**

- Sigara içme
- Alkol ve madde kullanımı
- Cinsel risk alma
- Fiziksel aktivite azlığı
- Oburluk/aşırı yemek yemedir.(69,70)

## 2.8. Dünya’da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Fiziksel şiddet; aile içi şiddetin en sık olarak uygulanan biçimidir. DSÖ’ nün 2005 yılındaki “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Raporu”na göre; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %13-61 arasında saptanmış ve kadınların eşleri tarafından “yumruklama”, “tekmeleme”, “yerde sürüklenme”, “silahla tehdit edilme” gibi ağır şiddet şekillerine maruz kalma sıklığı %4-49 arasında bulunmuştur.(8,22,72)

Gerek uluslararası gerekse ulusal istatistikler buzdüğünün görünen kısmını yansıtmaktadır. Türkiye’de de kadına yönelik aile içi şiddet ile ilgili örf adet geleneksel zorluklar gibi nedenlerle araştırma sayısı oldukça azdır. Adli vaka olarak adliye kayıtlarına geçen şiddet olayları ise çok az sayıda olmaktadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet konusundaki raporların genelde gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir; çünkü kadınlar sorunu gizlemekte, şiddeti dile getirmekten utanmakta, çekinmekte, yargılanmaktan, yakınları ve başkaları tarafından duyulmasından, şiddetin daha da artmasından korkmakta ve şiddeti doğrudan dile getirememektedirler. Bu durum en az bildirilen suçların aile içinde işlenen suçlar olduğunu göstermektedir. Şiddetin evde gizli tutulması ve şiddete uğrayan kadının her hangi bir yasal mercie başvuru yapmaması aile içinde yaşanan şiddetin gözden kaçmasına ve bu konuda sessiz kalınmasına neden olmaktadır. Travmatik etken aile içinden geldiğinde şiddetin kabul edilebilirliği artmaktadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet kayıtları düzenli tutulmamaktadır. Mevcut istatistikler bile sonucun bir felaket olduğunu ortaya koymaktadır.(71)

Kadınların önemli bir bölümü kadına yönelik şiddet konusunda yine kadını suçlu bulmaktadır. Şiddet maruz kalması durumunda da genellikle sessiz kalmaktadır.(12)

Dünya Sağlık Örgütü Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik şiddet çalışması (2005)’e göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13-% 61 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı % 6-% 59 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların eşlerinden en fazla tokatlanmak şeklinde fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlara eşleri tarafından yumruklanma tekmelenme yerde sürüklenme silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı % 4-% 49 arasında değişmektedir.(8,22,72)

Kadına yönelik çalışmalar 20. yüzyılda hız kazanmış;“ Kadın istismar”ının tıp alanında çalışanlar tarafından bilimsel bir gerçek olarak kabul edilişi ise oldukça geç tarihlerde olmuştur. 1990’lı yıllarda uluslar arası kuruluşların kadına karşı şiddet konusunda odaklaşmasını takiben, 1993’de Birleşmiş Milletler de “Kadına Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Beyannamesi” imzalanmış; ilerleyen yıllarda bu beyanname çerçevesinde yapılan çalışmalar hız kazanmış; 1999’da Birleşmiş Milletler Nüfus fonu “kadına karşı şiddetin bir halk sağlığı önceliği” olduğunu kabul etmiştir.(73)

Uluslararası af örgütünün raporuna göre Dünya’da;

- Kadınların yaklaşık 1/3’ü değişik boyutlarda şiddete maruz kalmakta,
- Her 3 kadından en az biri dövülmekte, cinsel ilişkiye zorlanmakta ya da farklı bir biçimde tacize uğramakta; kadına kötü muamele eden kişilerse genelde kadının kendi ailesinden ya da tanıdığı insanların arasından çıktığı rapor edilmiştir.
- Avrupa Konseyi, 16-44 yaş arası kadınların ölüm ve sakatlanmalarının ana sebebini aile içi şiddetin olduğunu ve bunun kanser ya da trafik kazalarındaki ölüm ve sakatlanma oranından çok daha fazla olduğunu beyan etmiştir.
- Bugün cinsiyet yüzünden yapılan kürtaj ve doğum sonrası kız bebeklerinin öldürülmeleri sonucunda ‘kaybolan’ kadın sayısı 60 milyondan fazladır
- BM Kadına yönelik şiddet özel raportörünün raporlarına göre 1999’da ABD’de aile içi şiddete maruz kalan kurbanların %85’ni kadınlar oluşturmaktadır.
- Dünya sağlık Teşkilatı kadın cinayet kurbanlarının neredeyse %70’nin erkek partnerleri tarafından öldürüldüğünü rapor etmiştir.(74)

ABD’de her yıl 2,6 milyon kadın kocası tarafından dövülmekte, her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet söz konusu olmaktadır. Aile içi şiddet ABD’de kadınların maruz kaldıkları ölümcül olmayan yaralanmaların en sık sebebidir. Aile içi şiddete bağlı ciddi yaralanma riski tüm yaşam boyunca kadınlarda %9 olarak tahmin edilmekte, yine tüm yaşam boyunca kadınlarda aile içi şiddet kökenli herhangi bir tip yaralanma riskinin %22 olduğu tahmin edilmektedir.(75)

## 2.9.Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır ve sayıları oldukça sınırlıdır. Bilimsel bir çalışma olmamakla birlikte, Türkiye genelinde aile içi şiddetin ortaya konduğu ilk çalışma 1988'de PİAR tarafından yapılmış ve çalışmada kadınların % 75'nin eşlerinden dayak yediği ortaya çıkarılmıştır.(76)

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı bir araştırmada (1994) ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet olduğu ve kadınların hemen her yaş grubunda şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Yine Kadın Dayanışma Vakfının araştırmasında kadınların sadece %3'ünün eşlerinden şiddet görmedikleri ifade edilmiştir. Çalışmada kadınların %21'i kocası tarafından tehdit edildiğini, %15'i hastanelik olana kadar dövüldüğünü, %8'i kesici-delici aletlerle tehdit edildiğini, %12'si kocası tarafından sürekli tehdit edildiğini, %41'i eşlerinin kendilerine aşağıladıklarını ve %12'si de eşlerinin bazen kötü davrandıklarını ifade etmişlerdir .(1)

Mor Çatı, 1990-1996 yılları arasında 1259 kadınla çalışmış ve %88,2 oranında kadının şiddete maruz kaldığını saptanmıştır. Ayrıca bu kadınların %68'i eşleri tarafından dövülmektedir.(77)

1991 yılında Türkiye'de yapılan bir araştırma; kadınlar arasında önde gelen yaralanma nedenlerinden birisinin aile içi şiddet olduğunu göstermektedir. Yaşları arasında, her sosyo-ekonomik kesimden kadınlarda aile içi fiziksel şiddet sonucu yaralanmalara rastlandığı, fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %28'inin hastanede tedavi gördüğü, %13'ünün ciddi operasyon geçirmek zorunda kaldığı bildirilmektedir.(78)

Aile Araştırma Kurumu tarafından 1997'de yapılan ülke genelini kapsayan çalışmada ise, evli ve/veya başından evlilik geçen kadınların %3,3'ünün eşleri ile sık sık kavgaya varan tartışmalar yaptıkları, %10,1'inin eşlerinden sık sık ya da ara sıra fiziksel şiddet gördükleri ve %12,3'ünün hakarete uğradıkları bildirilmektedir.(79)

Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü'nün (2001) araştırmasına göre, kadınlar, şiddeti çoğunlukla eşi, erkek arkadaşı ya da diğer aile bireylerinden gördüklerini ifade etmişlerdir. Gecekondu mahallelerinde yaşayan kadınları kapsayan araştırmada, kadınların %97'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenirken, ailelerin %34'ünde fiziksel, %53'ünde ise sözlü şiddet olduğu ortaya

çıkıştır. Araştırma, son 1 yılda karısını döven erkeklerin sayısının 1 milyonu aştığını göstermektedir. Kadınların % 29,6'sının eşlerinin kendilerine vurduğu, şiddete maruz kalanların % 47'sinde ise bu şiddetin fiziksel zarara yol açtığı belirtilmiştir.(80)

Araştırma Kurumu'nun 2003 de yaptığı bir araştırmaya göre geleceğe mutla bakan erkekler arasında dayak atanların oranı düşüktür. "Aile İçi Şiddet ve toplumsal Alanda Şiddet" başlıklı araştırmaya göre kadınların %10'u eşlerinden sıklıkla dayak yemektir. Eşleri tarafından sürekli hakarete uğradıklarını söyleyen kadınların oranı %12'dir. Erkeğin dayağa başvurma nedenleri arasında ilk sırada "eşin evle ilgilenmemesi" % 66,2 olarak karşımıza çıkmaktadır. "Eşin saygısız tavır ve davranışları", "eşin kötü alışkanlıkları" diğer önemli nedenler arasında gösterilmektedir.(81) Türkiye'de ise 2008 yılında Aile İçi Şiddet araştırmasında ülke genelinde yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %39'dur. Yani her 10 kadından biri son 12 ay içinde fiziksel şiddet yaşamıştır.(82)

KAMAR tarafından 23 ilde 2007 kişiyle yapılan çalışmada; görüşülenlerin %64'ü erkeklerin eşlerini dövmesini doğru bulmuştur. Kadınların da %35,1'i dayak yemeyi hak eden davranışlarda bulduklarını ifade etmişlerdir.(22)

Türkiye 'de 2007 yılında Altınay ve Arat'ın, 56 ilde toplam 1800 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada evli kadınların hayatı boyunca eşlerinden en az bir kez fiziksel şiddet gördüğüne işaret etmektedir. Her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü söylenebilir. Aynı çalışmada Türkiye bölgelere ayrıldığında Doğu bölgelerindeki, kadınların %39'u fiziksel şiddete, Orta/Batı bölgelerinde ise %33'ü fiziksel şiddete uğradıklarını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların sayısı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran %12'dir. Türkiye'de kadınların yaklaşık üçte biri fiziksel şiddete maruz kalırken, daha büyük bir çoğunluk farklı şiddet deneyimleri yaşamaktadır. Alışverişe çıkmaktan aileleriyle görüşmeye kadar kadınların attıkları her adım kocanın denetimine tabi görünmektedir.(9)

Altınay ve Arat 'ın (2007) çalışmalarında, kadınların %14'ü en az bir kez istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığını, cinsel şiddete uğradığını

söyleyenlerin %67'si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Yine aynı çalışmada Türkiye, Doğu ve Orta/Batı bölgeleri olarak değerlendirildiğinde; Doğu bölgelerindeki kadınların %14'ü, Orta/Batı bölgelerindeki kadınların %14'ü cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.(9)

TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2008 'e göre: çalışmaya katılan kadınların %39'unun kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocuklarının bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkiye girmeyi reddetmesi gibi durumlardan en az birinin gerçekleşmesinin, kocanın karısını dövmesi için haklı gerekçe oluşturacağını belirtmişlerdir. Doğu'da bu oran %49, Güneydoğuda da %50'nin üzerinde olduğu saptanmıştır.(83)

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2009 yılında Türkiye genelinde toplam 24.048 hanede 12295 15-59 yaş grubu kadınla, yapılan çalışmada kadınların %39'unun hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet, %15'i cinsel şiddet ve %44'ü duygusal şiddet gördükleri saptanmıştır.(11) .

Yaman Efe ve Ayaz'ın (2010) Ankara'da bir gecekondu bölgesinde 370 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların tamamının aile içi şiddete (şiddet türlerinden herhangi biri) maruz kaldığı, %54,6'sının düşük, %38,4'ünün orta ve %7'sinin yüksek düzeyde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.(84)

Dünyada cinsel istismar kurbanlarının adli makamlara başvuru oranının çok düşük olduğu belirtilmekte olup, bu durum büyük oranda mağdurun gerek genellikle en yakın çevresinde bulunan saldırgandan, gerekse ailesinden korkması ve uğradığı bu mağduriyeti bir yabancı ile paylaşamayacak derecede mahrem bir konu olarak algılaması ile ilgilidir. Özellikle toplumumuzda yaşayan kadınların aile içinde yaşanan cinsel şiddet konusundaki bilgilerinin yetersiz olması ya da bu davranışları şiddet olarak düşünmemeleri, karı koca arasında yaşanabilecek cinsel taciz olaylarının, evlilik ve aile yapısı içinde normal bir olay olarak algılamaları, cinsel istismar olaylarının yargıya intikalini engellemektedir. Ülkemizde tecavüze uğrayanların başvuracakları özel eğitimli adli ve tıbbi birimler bulunmadığından, gerekli yasal düzenlemeler yapılmamış olduğundan ve tecavüzün ispatlanması zorunluluğu nedeniyle kadınlar tecavüze uğradıklarını bildirmekten çekinmektedirler.(78)



## 2.10. Kadın Konuları İle İlgili Uluslararası Yaklaşımlar

- 1946: Birleşmiş Milletler (BM) sistemi içinde kadının statüsü komisyonu kuruldu
- 1975: BM, kadın yılı olarak ilan edildi
- 1975-1985: BM, Dünya Kadın On Yılı olarak ilan etti
- 1979: kadınlara karşı her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) imzalandı

Kadının onyıllı sürecinde dünyada, önemli kadın konferansları düzenlendi. Bu konferanslar:

- 1975: Meksika’da 1. BM Kadın Konferansı
- 1980: Kopenhag’da 2. BM Kadın Konferansı
- 1985: Nairobi’de 3. Dünya Kadın Konferansı
- 1993: Viyana’da Dünya İnsan Hakları Konferansı
- 1994: Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı(ICPD)
- 1995: Pekin’de 4. Dünya Kadın Konferansı.(85)

## 2.11. Türkiye’de Kadın Konumunun İyileşmesine Yönelik Yapılanlar

- 1920: T.C. Sağlık Bakanlığı kuruldu
- 1923: Cumhuriyet ilan edildi
- 1924: Tevhidi tedrisat kanunu çıkarıldı
- 1926: Türk medeni kanunu kabul edildi
- 1930: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile anne ve çocuklara verilecek sağlık ve sosyal hizmetlerde önemli düzenlemeler getirildi
- 1934: Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanındı
- 1935: Uluslararası kadın konferansı Atatürk’ün himayesinde İstanbul Beylerbeyi Sarayı’nda toplandı
- 1961: TSH sistemi (224 sayılı yasa)
- 1965: 1. NP yasası
- 1983: 2. NP yasası
- 1989: Türkiye CEDAW’ı imzaladı
- 1990: Türkiye çocuk Hakları Sözleşmesini imzaladı

- 1990: Kadının statüsü genel müdürlüğü kuruldu
- 1990: Türkiye ICPD'yi imzaladı
- 1995: Türkiye Pekin'i imzaladı
- 1997: Zorunlu temel eğitimi 8 yıla çıkararak yasa kabul edildi
- 1998: Ailenin korunmasına dair kanun kabul edildi
- 2002: Medeni yasa revize edildi
- 2004: Türk ceza kanunu revize edildi
- 2009: Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi ve KYŞ ile ilgili ulusal stratejik plan ve aksiyon planı hazırlandı
- 2009: TBMM'de kadın erkek fırsat eşitliği komisyonu kuruldu.
- 2011: Kadına yönelik şiddet ve ev içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleyle dair kanun imzalandı
- 2012: Ailenin korunmasına dair kanunda değişiklik yapıldı .(85)

## **2.12. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemek İçin Hukuki Düzenlemeler**

Türkiye'de kadın hareketinin ilk hukuki kazanımı fuhuş yapanlara tecavüzde ceza indirilmesini öngören TCK'nin 438. maddesinin 21 Kasım 1990'da yürürlükten kaldırılmasıdır. 8 gün sonra, 29 Kasım 1990'da eski Medeni Yasanın kadınların ev dışında çalışmasını kocanın iznine bağlayan 159. maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. 1996'da erkeğin zinası, 1998'de kadının zinası suç olmaktan çıkarılmış, 1997'de kadınlar kendi soyadları ile kocalarının soyadını birlikte kullanabilme hakkını elde etmişlerdir. (9)

### **2.12.1. Anayasa**

Anayasanın 5, 10, 12, 17, 19 ve 41. maddeleri, her türlü ayrımcılığı reddeden ve eşitliği düzenleyen maddelerdir

Yasal desteğin temelini Anayasa'nın 10. maddesi oluşturmaktadır: 'kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür'. 41. Madde' Aile Türk toplumunun temelidir ve 'eşler arasında eşitliğe dayanır' şeklindedir.(82)

### **2.12.2. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun(1998)**

Kadına yönelik şiddetle mücadele bağlamında gerçekleşen en önemli yasal gelişmelerden biri 17 Ocak 1998'de yürürlüğe giren 4320 sayılı "Ailenin

Korunmasına Dair Kanun'dur. Kanun, ismi her ne kadar aileyi korumayı çağırırsa da, feministlerin uzun zamandır çıkartılmasını istedikleri, bu konuda kampanya yürüttükleri “aile içi şiddete karşı kadınları korumaya yönelik bir kanundur.(9)

### **2.12.3. Medeni Kanun (2002)**

22 Kasım 2001'de Yeni Türk Medeni Kanunu TBMM tarafından kabul edilmiş ve 1 Ocak 2002'de yürürlüğe girmiştir.(9)

Yeni Türk Medeni kanunu, yeni şekliyle kadın-erkek eşitliğini gözeten, cinsiyet ayrımcılığına son veren, kadınların aile ve toplum içerisinde erkekler ile eşit kılan, kadın emeğini değerlendiren bir düzenlemedir.(82)

### **2.12.4. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (2004)**

2004 yılında kabul edilen ve 1 Haziran 2005'de yürürlüğe giren yeni Ceza Kanunu da kadınların yoğun çabaları ile şiddet içeren maddelerinden arındırıldı. Eski kanunda kadına yönelik cinsel şiddet içeren suçlar, “genel ahlak ve aile düzenine ilişkin suçlar” olarak algılanıyordu. Bu bakış açısı, namus gerekçesi ile işlenen suçlarda ceza indirimine olanak sağlıyor, tecavüze uğrayan kadınların tecavüz edenle evlenmesi halinde suçlunun ceza almamasına izin veriyordu. Yeni kanun ise cinsel şiddet içeren suçları “kişilik hak ve özgürlüklerine karşı suçlar” olarak tanımlamaktadır. Cinsel şiddet içeren suçlar yeniden tanımlanarak, kapsamı genişletilmiş, kadınlar iş yerinde cinsel tacize karşı, evlilik içinde tecavüz ve cinsel saldırıya karşı korumaya alınmışlardır. Tecavüzcüyle evlenmede cezanın ertelenmesini öngören madde kaldırılmıştır. Töre cinayetleri “nitelikli insan öldürme” olarak kabul edilmiş, aile içi şiddete işkence kapsamında ağır cezalar öngörülmüştür. Evlilik dışı doğmuş çocuğunu namus kurtarma nedeniyle öldüren anneye ceza indirimi de yasadan kaldırılmış, yaşama hakkı namus kavramından bağımsız güvenceye alınmıştır.(9)

Ceza kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir.(70,82)

### **2.12.5. Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirlere İlişkin Başbakanlık Genelgesi (2006)**

Bu kanun değişikliklerinin yanı sıra 2000'li yıllarda görünürlük kazanan veya artan namus cinayetleri karşısında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 2006 yılında “Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlar ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi” amacıyla bir Meclis Araştırma Komisyonu kurulmuştur. Komisyonun hazırladığı rapor doğrultusunda da, Temmuz 2006'da uygulandığı takdirde ciddi kazanımlar getirebilecek bir Başbakanlık Genelgesi yayınlamıştır. KSGM bu tedbirlerin alınmasında koordinatör kurum olarak belirlenmiştir. Genelge, kadınlara yönelik her türlü şiddet eyleminin önlenmesini bir “devlet politikası” olarak kabul etmesi, bu konudaki çözüm önerilerinin yaşama geçirilmesinde kurumlar arası detaylı bir işbirliği öngörmesi ve sorumlu kuruluşların üçer aylık ayrıntılı faaliyet raporları hazırlamasını bekleyerek uygulamadaki ilerlemeleri takip etmeye yönelik niyet göstermesi bakımından bir ilktir.(9,70)

### **2.12.6. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2007)**

Ailenin korunmasına dair Kanun'un uygulanmasında çıkan bazı aksaklıklar çerçevesinde Başbakanlık genelgesinde belirtilen eksiklikleri düzeltmek amacıyla hazırlanmıştır. Kapsamlı olarak yenilikler getiren yasada yer alan en önemli yenilik aile içi şiddetin sadece eşler arası şiddet olarak algılanmamasıdır.(9,70,82)

### **2.12.7. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2008)**

1 Mart 2008'de 'ailenin Korunmasına dair kanunun uygulanması hakkında yönetmelik yayınlanmıştır. Yönetmelikle uygulanacak tedbirlere ve diğer işlemlere açıklık getirilmiştir.(9,70,82)

### 2.13. Aile İçi Şiddete Yönelik Sağlık Personelinin Yasal Sorumlulukları

Yeni Türk Ceza Kanununun 280. Maddesi sağlık personelinin aile içi şiddeti tespit etmek ve bildirmekle yükümlü kılmakta, bildirilmediği takdirde sağlık personelinin suç işlemiş saymaktadır (96). Bu nedenle sağlık personeli aile içi şiddete maruz kalan kadınları tespit ettikleri takdirde kolluk kuvvetlerine bildirmekle yükümlüdür. Aile içi şiddet nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlara yönelik adli vaka raporu tutma yetkisi sağlık personeline verilmiştir.(86)

### 2.14. Aile İçi Şiddetten Korunma Stratejileri

**2.14.1. Birincil Koruma:** Birincil korumada aile içi Şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler tarafından öncelikle risk gruplarını belirlenerek, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlenir. Aile içi şiddet için birincil koruma stratejileri şöyle sıralanabilir: (18, 82, 64).

- Risk faktörlerini belirlemek
- Eş suiistimali ile başvuran bireylere erken tanı uygulayabilmek
- Bireyin yaşadığı gerginliği azaltmak
- Sosyal desteği artırmak (kimlerle paylaşabilir, kimlerden yardım alabilir)
- Bireyin baş etme, çatışma çözme becerilerini artırmak
- Yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlamak (daha sağlıklı, daha iyi problem çözme, atılgan davranma),
- Benlik saygısını artırmak (Meslek eğitimi, sağlık çalışanlarının ve sosyal çalışmacıların, psikolojik danışman ve rehberlerin eğitim programlarına bu konunun eklenmesi)
- Basın yayın organlarında yer alacak çeşitli dramalar ve basın yayın organlarına doğru bilgi aktarımı ile Şiddete karşı bireysel duyarlılıkların artırılması gibi girişimleri içermektedir

**2.14.2. İkincil Koruma:** İkincil koruma Şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve Şiddeti durdurmayı amaçlar. Aile içi şiddet için ikincil koruma stratejileri şöyle sıralanabilir:

- Şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey / bireyleri ve Şiddet kullanan bireyi saptamak,
- Şiddete uğrayan kadınların başvuracağı kuruluşları artırmak şiddet yönünden bir bulgu saptandığında derhal müdahale etmek,
- Şiddete uğrayan kadınlara ruh sağlığı çalışanlarınca danışmanlık hizmeti vermek şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların tedavi ve bakımını sağlamak şiddet uygulayana yönelik danışmanlık ve tedavi hizmeti sağlamak
- Bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmaktır.(13, 18, 88, ).

**2.14.3. Üçüncül Koruma:** Birey ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon süreci kolaylaştırılır. Şiddet mağduruna grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir. (18,88,).

## **2.15. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı**

2006/17 sayılı Başbakanlık genelgesinin 'kadına yönelik aile içi şiddet konusundaki çözüm önerilerinin yaşama geçirilmesinde koordineli çalışması gereken kurumlar' bölümünde sağlık Bakanlığına aşağıdaki sorumluluklar yüklenmektedir.(82)

### **2.15.1. Koruyucu ve Önleyici Tedbirler Başlığı Altında:**

**11. Madde:** Kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesine ilişkin, mülki idare amirlikleri ve yerel yönetimlerce broşürler hazırlanmalı, hazırlanacak bu broşürlerin, halka açık alanlarda ve kamu hizmet birimlerinde dağıtımını sağlanmalıdır.

#### **Sorumlu kuruluşlar:**

- Valilik
- Yerel yönetimler
- Sağlık Bakanlığı
- Milli Eğitim Bakanlığı
- Kadının statüsü Genel Müdürlüğü

- Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel M¼d¼rl¼ę¼
- Üniversiteler
- Sivil Toplum kuruluşları

### **2.15.2. Hizmet Kurumları Başlığı Altında:**

**13. Madde:** SHÇEK bünyesinde hizmet veren ‘183 aile, çocuk, kadın ve sosyal hizmet ve öz¼rl¼ Çaağrı Merkezi’nin çalışmasındaki sorunların giderilmesi, daha işlevsel kılınması ve bunun için gerekli tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.

#### **Sorumlu kuruluşlar:**

- SHÇEK Genel M¼d¼rl¼ę¼
- İçişleri Bakanlığı
- Adalet Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Üniversite ve özel sekt¼rlere ait sağlık kuruluşları
- Barolar

**14. Madde:** lke genelinde 24 saat hizmet verecek ücretsiz ‘ALO ŞİDDET HATTI’ oluşturulmalıdır. Bu hatta Şiddet konusunda eğitim almış personelin görev yapması sağlanmalıdır.

#### **Sorumlu kuruluşlar:**

- SHÇEK Genel M¼d¼rl¼ę¼
- İçişleri Bakanlığı
- Adalet Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Kadının stat¼s¼ Genel M¼d¼rl¼ę¼
- Üniversite ve özel sekt¼rlere ait sağlık kuruluşları
- Barolar

**15. Madde:** 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına dair Kanunun uygulanması aşamasında daha etkili bir sonuca ulaşmak için Şiddet uygulayan bireylerin

rehabilitasyona tabi tutulmaları konusunda gerekli bütün yasal ve kurumsal alt yapı oluşturulmalıdır.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- SHÇEK Genel Müdürlüğü
- Adalet Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı

**18. Madde:** hak arama sürecindeki yasal prosedür mağdurlar lehine birleştirilmeli, sağlıkla ilgili kayıtlar başta olmak üzere gerekli belge ve kayıtların ücretsiz hazırlanması sağlanmalıdır. Bu sürecin her aşaması kadının özel hayatına saygılı, kadını koruyucu olmalıdır.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- Adalet Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- İlgili tüm kamu kurum ve kuruluşlar.

**2.15.3. Eğitim Başlığı Altında**

**6. Madde:** sağlık görevlileri, yargı mensupları, kolluk kuvvetleri, öğretmenler Sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları ve diğer meslek gruplarının lisans ve hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik aile içi şiddet konusu yer almalıdır.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversitelerarası eğitim komisyonu
- Üniversitelerin eğitim müfredat komisyonları

**2.15.4. Sağlık Başlığı Altında:**

**1. Madde:** Sağlık personelinin kadına yönelik aile içi şiddeti tanınması, tespit etmesi, gerekli müdahaleleri yapabilmesi ve şiddete maruz kalan kadınları uygun kuruluşlara



yönlendirmeleri için gerekli alt yapının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında kadına yönelik aile içi şiddet konusuna yer verilmelidir.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversitelerarası eğitim komisyonu
- Üniversitelerin eğitim müfredat komisyonları
- Üniversite ve özel sektöre ait sağlık kuruluşları

**2.Madde:** Tüm sağlık kuruluşlarında aile içi şiddet mağduru kadınlara yönelik özel birimlerin oluşturulması zorunlu hale getirilmelidir.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversite ve özel sektöre ait sağlık kuruluşları

**3. Madde:** Aile planlaması hizmetleri başta olmak üzere bütün üreme sağlığı hizmetlerinin özellikle 1.basamak sağlık kuruluşlarında kadınlar için ücretsiz, ulaşılabilir ve kaliteli bir şekilde verilmesi sağlanmalıdır.

**Sorumlu kuruluşlar:**

- Sağlık Bakanlığı

**2.16. Şiddete Maruz Kalan Kadına Hizmet Sunan Kurum ve Kuruluşlar**

**2.16.1. Kolluk Kuvvetleri:** Polis ve jandarma karakolları, şiddete maruz kalmış kadınların başvurabilecekleri yerlerdir. Karakollarda ve polis merkezlerinde kanunların verdiği görev ve yetkiler çerçevesinde gerekli işlemler yerine getirilmektedir(90,91)

**2.16.2. Adli Kurumlar:** Aile içi şiddete maruz kalan kadınların adli kurumlara yaptıkları başvurular sonucunda alınan tedbirler 4320 sayılı Ailenin korunması Kanunu'na dayandırılarak yerine getirilmektedir.(90,91,92)

**2.16.3. SHÇEK( Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu):** Şiddete maruz kalan kadınlara barınma, rehabilitasyon ve destek hizmetleri sunmak üzere sorumlu kılınan kamu kurumu 2828 sayılı kanun gereği SHÇEK'tir. AİŞ' e maruz kalan kadınlar SHÇEK' e bağlı birimlere doğrudan başvurarak destek isteyebilirler.(91)

**2.16.4. Belediyeler:** Türkiye'de SHÇEK' bağlı olanlar dışında ilk sığınma evi 1990 yılında Bakırköy Belediyesi tarafından hizmete açılmıştır. Bu tarihten itibaren belediyeler kendi ya da diğer kamu kuruluşları ile sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde şiddet mağduru kadınlara yönelik rehberlik ve barınma hizmetleri sunmaktadır.(82)

5393 sayılı Belediye Kanunu'nda "Büyükşehir belediyeleri ve nüfusu 50 bini geçen belediyeler kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açar" hükmü yer almaktadır. AİŞ'ye maruz kalmış ya da risk altındaki kadınlar, buldukları yerin belediyesinin bu tür hizmetleri varsa, bu merkezlerden ücretsiz psikolojik, tıbbi ve hukuksal destek almaktadır. Ayrıca ekonomik desteğe ihtiyacı olan şiddet mağduru, belediyelerin aynı ve maddi desteklerinden yararlanabilmektedir.(93)

**2.16.5. Barolar:** AİŞ' e maruz kalan ya da risk altındaki kadınlar, baroların adli yardım ile danışma yönlendirme hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Barolar, avukatlık ücretlerini ve diğer yargılama giderlerini karşılamak üzere bulunmayanlara ücretsiz avukatlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktadır. AİŞ'ye maruz kalan kadınlar da bu hizmetten yararlanabilmektedir. Adli yardım istemi, kolluk kuvvetleri aracılığı ile barolardan talep edilebileceği gibi, hizmetin görüleceği yer adli yardım bürosuna veya temsilciliklerine de başvurularak yapılabilmektedir. (90,91,92)

**2.16.6. STK (Sivil Toplum Kuruluşları):** Farklı alanlarda faaliyet gösteren çok sayıda STK, kadınlara yardımcı olmak ve ihtiyaçlarını gidermek için çeşitli merkezler kurmaktadır.(90,91)

**2.16.7. Sağlık Kurumları:** gerekiyorsa, psikolojik yardım için yataklı tedavi kurumlarının ilgili bölümlerine ya da duruma göre devletin diğer ilgili kurumlarına yönlendirme yapılabilir.(82)

Birinci basamak sağlık hizmetleri kişilerin sağlık sistemine ilk giriş noktasında verilen sağlık hizmetleridir. KYAIŞ'de sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık ocakları, sağlık evleri, AÇS-AP merkezleri ve aile sağlığı merkezleridir. Bu sağlık kuruluşları, kadınların sağlık sistemine giriş noktalarını oluşturmaları, yaygın ve ulaşılabilir olmaları ve sık kullanılmaları nedeni ile önem taşımaktadır. (90,91)

## **2.17. Kadına Yönelik Şiddeti Önlemede Sağlık Personelinin Görevi**

Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli sorun olma nedenleri arasında;

- 1- Kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratması,
- 2- Şiddetin birçok önemli sağlık sorununa doğrudan olumsuz etkisi olması (güvenli annelik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi);
- 3- Sağlık çalışanlarının, şiddete uğramış birçok kadın için tek ilişki kurdukları, onlara destek ve bilgi verebilecek konumda olması,
- 4- Şiddetin sadece sosyal bir sorun değil, ayrıca önemli bir sağlık sorununun da olması yer almaktadır.(94)

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan kadınların sıklıkla başvurabilecekleri kurumlarda hizmet vermeleri nedeni ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, çok daha stratejik bir konuma sahiptirler. Bu konularından dolayı kadına yönelik şiddet olgularının erken saptanmasında ve kadınların içinde buldukları duruma ilişkin kabul edilebilir. Çözüm yolları bulunmasında, fiziksel ve ruhsal olarak gerekli yardımı sağlamada hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir .(95)

Aile içi şiddeti tanımada, doğum ve kadın sağlığı hemşireleri, acil bakım hemşireleri ve halk sağlığı hemşireleri mağdurlara en yakın olan ve yeterli bakım sağlayabilecek bir pozisyondadır. Çoğu kez şiddete uğrayan kadını belirlemek güçtür. Ancak şiddetin tanımlanması ve daha fazla kadının şiddete uğramasını önlemek açısından önemlidir.(2,15)

Aynı zamanda, sağlık personeli AİŞ vakasını adli mercilere bildirmek konusunda yasal sorumluluğunun da farkında olmalıdır. 237 sayılı TCK'nın 279. ve 280. maddeleri görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubunun bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabilceğini, ayrıca görevini kötüye kullanmaktan bu cezaya ilave olarak bir yıl daha hüküm alabileceklerini belirtmektedir.(96)

Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının çoğu, Şiddete uğramış kadının gereksinimlerini ve görüşmenin sorumluluğunu üzerine alacak eğitime sahip değildir.(94)

Sağlık personelinin KYŞ önlemedeki görevleri şu şekilde sıralanabilir;

- Şiddetin varlığını ortaya çıkaracak ve irdeleye bilecek soruları uygun dille, güven vererek ve kişinin güvenliğini sağlayarak sorma
- Şiddet olgularına tanı koyma
- Şiddet mağdurlarını tedavi etme, gerekiyorsa bir üst sağlık kurumuna sevk etme
- Risk değerlendirmesi yapmak
- Güvenlik planı geliştirmesinde mağdura yardımcı olmak
- Şiddet mağdurlarına şiddet, yasal hakları, güvenlik ve sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları hakkında bilgi vermek
- Gerekiyorsa şiddet mağdurlarını koruma ve destek hizmetlerini yönlendirme
- Şiddet mağdurlarını izleme planı geliştirme
- İlgili kayıtları tutma, raporlama ve bildirimde bulunma
- KYŞ konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik halk eğitimi çalışmalarını planlama ve uygulama
- Diğer ilgili sektörlerle işbirliği yapma.( 68,71,82,14)

DSÖ, KYAİŞ ile mücadelede sağlık çalışanlarının yükümlülüklerini şu şekilde sıralamıştır (31)

- İlk olarak şiddet davranışının yaşandığı ailelerde, şiddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi.
- Şiddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmesi ve sosyal destek ortamı yaratılması.
- Şiddet olgularında polis desteği, sosyal servis elamanlarının katılımı, sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdukları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmasıdır.

Hastane acil servislerinde sağlık çalışanlarının KYAİŞ’de önemli mesleki rol ve sorumlulukları bulunmaktadır: (1, 66)

#### **İlk Muayenede Kadın Kendisine Şiddet Uygulandığını Bildirirse;**

- Kadın muayene edilir, vücudundaki travmalar belirlenir ve tedavisi için ilk müdahale yapılır.
- Gerekli görülen laboratuvar tetkikleri, radyolojik tetkikler yapılır ve/veya konsültasyon istenir.
- Hastane polisi bilgilendirilir. Hastanedeki polis noktası gerekli adli işlemleri başlatır. Hastanın sağlığının bozulmasından, başka kişinin tedbirsiz, dikkatsiz veya ihmalkâr davranışı ya da kasıtlı eyleminin sorumlu tutulduğu durumlarda bu olgu adli olgu olarak değerlendirilmelidir.
- Rapor düzenlenerek muayene bulguları kaydedilir.
- KYAİŞ kayıt formu doldurulur.
- Hastanın yatarak tedavisine karar verilirse uygun servise yatırılır. Hastane koşulları hasta için yeterli değilse ve hekim tarafından gerekli görülürse hasta ileri bir merkeze sevk edilir. “Acil hizmetler Yönetmeliği”ne göre stabilize edilmeden hiçbir hasta acil servisten taburcu edilemez. Gerekli iyileştirici tedavinin yapılmadığı durumlarda, hasta ve varsa yakınına sevk nedeni ayrıntılı olarak açıklanır ve sevkinin yapılacağı hastanedeki ilgi hekimle görüşüldükten ve bakım garantisi alındıktan sonra uygun bir araç ya da ambulans ile hasta/yaralı gönderilir.
- Hastanın hastanede yatmasını gerektirecek bir durumu yoksa risk değerlendirmesi yapılır. Eve dönmek istiyor ve risk düşünülüyorsa reçetesi düzenlenerek,

gerekiyorsa takip planı yapılarak yasal hakları ve tekrar şiddet görme riski olması durumunda başvurabileceği kurumlar konusunda bilgilendirilerek taburcu edilir.

- Şiddet riski olduğu düşünülüyorsa kadın, polis marifeti ile SHÇEK'e bağlı kurumlara yönlendirilir.(1,66)

### **İlk Muayenede Kadın Kendisine Şiddet Uyguladığını Gizlerse;**

Acil servise başvuran kadın bazen durumuyla ilgili yeterli veya doğru bilgi vermeyebilir. Bununla birlikte sağlık personeli, şiddetin neden olabileceği yaralanmalar ve semptomları gözleyebilir. Bu durumda amaca yönelik sorular sorularak şiddet ortaya çıkartılabilir. Ancak kadın şiddete uğramadığı konusunda ısrarlı olabilir. Bu durumda;

### **Mağdurun hayati tehlikesi yok ise;**

- Kadın muayene edilir ve tedavisi için ilk müdahale yapılır.
- Gerekli görülen laboratuvar tetkikleri, radyolojik tetkikler ve/veya konsültasyon istenir.
- Mağdura ilk olarak AİŞ'nin bir suç olduğu, onun hatası olmadığı ve kimsenin şiddete uğramayı hak etmediği mesajı verilir. AİŞ hakkında bilgi verilerek şiddetle karşılaşması durumunda sağlık kuruluşuna başvurabileceği ve sağlık personelinin ona yardımcı olacağı açıklanır.
- Rapor düzenlenerek muayene bulguları kaydedilir.
- Kadın şiddete uğradığını beyan etmese de hekim şiddetten şüpheleniyorsa, polis bilgilendirilir.
- Reçetesi düzenlenerek, gerekiyorsa takip planı yapılarak taburcu edilir.

### **Mağdurun hayati tehlikesi varsa;**

- Kadın muayene edilir ve tedavisi için ilk müdahale yapılır.
- Gerekli görülen laboratuvar tetkikleri, radyoloji tetkikler ve/veya konsültasyon istenir.
- polis bilgilendirilir.
- Rapor düzenlenerek muayene bulguları kaydedilir. Rapora hayati tehlikenin olduğu yazılır.

- Kadının durumu uygun olduğunda KYAIŞ kayıt formu doldurulur.(1,66)

## 2.18. Kadına Yönelik Şiddeti Tanılama

### 2.18.1. Fiziksel Muayene

Aile içi şiddete maruz kalmış kadınlarda, maruz kalmamışlara oranla baş, yüz, burun, dudak, boyun, göğüs ve karın bölgesindeki yaralanmalara daha sık rastlanmaktadır. Eklem yaralanmaları, görme ve işitme bozuklukları, gözde morluklar, ısırıklar, kulak zarı perforasyonu, diş kırıkları, hematom, kesik ve sıyrıklar, ciddi çürük ve ezikler, enflamasyonlar, delici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, çene, köprücük kemiği, kollarda ve bacaklarda kırık ve çıkıklar, sigara, asit, sıcak su yanıkları, abortus olguları, incinmeler görülebilmekte, şiddet ölümü de sonuçlanabilmektedir. Fizik bulguların varlığında, düzenlenen adli raporda bu bulguların yer alması ve şiddetin belgelenmesi mümkün olabilmektedir. (78,86,98,99,100)

Muayene sürecinde aşağıdaki genel esas ve usullere uyulması önemlidir:

- Fiziksel Muayeneye başlamadan önce neler yapılacağı ve bunların neden gerekli olduğu hastaya anlatılmalıdır. Hastanın konuyla ilgili soru sormasına izin verilmelidir
- Kendi istemesi halinde hastaya muayene sırasında bir yakınının eşlik etmesine izin verilmelidir.
- Özellikle muayeneyi gerçekleştiren hekim veya sağlık görevlisinin erkek olması halinde, yanında bir refakatçi bulunmasına dikkat edilmelidir. Refakatçi, tercihen eğitimli bir sağlık personeli olmalıdır. Görevi hastaya destek vermek, kendisini rahat hissetmesini sağlamaktır. Ayrıca refakatçi, hastanın muayeneyi yapan doktordan şikâyetçi olması halinde de görgü tanığı olacaktır.
- Muayene süresince hasta bir sonraki yapılacaklar konusunda bilgilendirilmelidir. Neresine ve ne zaman dokunulacağı hastaya her zaman

söylenmelidir. Muayene ve delil toplama amacıyla kullanılacak aletler hastaya gösterilmeli ve kullanmadan önce mutlaka uyarılmalıdır. Hasta muayene olmak istemeyebilir veya muayyenin belli kısımlarından rahatsız olabilir. Bu konuda hastanın kararına saygı gösterilmelidir. Muayenede hastanın da söz hakkı olması iyileşme açısından önemlidir.

- Muayene yapılacak yer iyi aydınlatılmış, aşırı soğuk veya sıcak olmayan, temiz ve kimsenin rahatsız etmeyeceği bir yer olmalıdır. Bu bağlamda en ideal giyinme/ soyunma için uygun biçimde bölünmüş(paravan, ayrı bir oda veya bir duvarla ayrılmış muayene odası gibi) , hastanın içeriye gelen kişiyi rahatlıkla görebileceği gürültüsüz ve ayakaltında olmayan bir odada muayeneyi gerçekleştirmektir. Hasta için muayene elbisesi temin edilmelidir.
- Hasta muayene için soyunacağı sırada, eğer fiziksel bir saldırı söz konusuysa, üzerinde saldırı sırasında giyindiği kıyafetler bulunması ve adli tıp için delil toplanıyor olması halinde hastanın beyaz bir çarşaf veya çarşafa yakın ebatlarda bir kâğıt üzerinde soyunması sağlanmalıdır. Hasta soyunurken mümkün olduğunca yalnız ve rahat olmalı, kendisine soyunduktan sonra giyinebileceği bir muayene elbisesi verilmelidir. Hastanın elbiselerinin delil olarak kullanılmasına rıza göstermesi halinde muayeneyi gerçekleştiren kişi elinde eldiven olması koşuluyla hastanın elbiselerini delil torbasına yerleştirmelidir. Elbise adli tıp incelenmesi için el konulması halinde hastanın giyinebileceği yedek elbiseler temin edilmelidir.
- Tıbbi ve adli tıba ait numuneler muayene sırasında toplanmalıdır. Tıbbi ve adli tıbbi ilgilendiren hizmetler ve uygulamaların eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi tüm muayene ve delil toplama süreçlerinin tek elden yapılması ve hastanın defalarca ve farklı muayene ve testlere tabi tutularak sıkılmaması açısından önemlidir.
- Sağlık personeli, fiziksel muayene sırasında ortaya çıkan tüm bulgular rapor edilmelidir. Bu şekilde zaman zaman muayeneye kısa aralar verilmiş olacak ve hastanın da rahat etmesi sağlanacaktır. Hastanın ne zaman isterse muayeneyi durdurabileceği kendisine anımsatılmalıdır.



### 2.18.2. Cinsel Şiddet

Muayenenin kapsamı aşağıda tanımlanmıştır.(78,82)

- Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması,
- Cinsel şiddet olarak sınıflanabilecek olayları da kapsayacak şekilde hastanın ayrıntılı anamnezinin alınması,
- Tam ‘tepeden tırnağa’ fiziksel muayenesi,
- Cinsel organlar ve anüs bölgesinin ayrıntılı muayene edilmesi,
- Tespit edilen yaralanmaların kaydedilmesi ve sınıflandırılması,
- Tespit edilen tıbbi numunelerin teşhis amacıyla toplanması,
- Adli tıp numunelerinin alınması,
- Elde edilen delillerin muhafazası açısından etkilenmesi, paketlenmesi ve gerekli yerler ulaştırılması,
- Psikolojik destek olanaklarının araştırılması ve mağdura (yakınlarına da olabilir) verilmesi,
- Muayene sonrasında hasta takibiyle ilgili düzenlemelerin gerçekleştirilmesi,
- Hasta ile ilgili tüm belgelerin bir araya getirilmesi ve arşivlenmesi,
- Tıbbi ve adli rapor (yetkili kuruluşlarca) hazırlanması,

### 2.19. Şiddetin Engellenmesi

Şiddetin ortaya çıkmasında pek çok etkenin bulunduğunu ve hangi tür şiddetlerin görüldüğünü ifade ettikten sonra şiddetin nasıl engelleneceği üzerinde durabiliriz. Kimi zaman karşılaştığımız kimi zaman da bizim uyguladığımız şiddeti nasıl azaltabilir ya da nasıl engelleyebiliriz.

Aile içerisinde yaşanan şiddetler sonucu kadın bu problemleri dile getirmekten oldukça rahatsız olmaktadır. Bu nedenle kadın şiddeti kabullenmektedir. Bütün bu problemler normal olarak algılanarak bu durum utangaçlığa sebep olmaktadır. Oysa bu problem aile çevresini aşmış sağlık kurumlarına, adli mercilere ya da kadın sığınma evlerine taşıdığı için ilgilenmesi gereken ilk sorun, gizliliğin ve utangaçlığın aşılmasıdır.(101)

Şiddeti önlemek için aileler, medya ve devlete pek çok görev düşmektedir. Ayrıca her şeyden önce yeni evlenecek çiftlere iyi bir evliliğin nasıl yürütülmesi gerektiği anlatılmalıdır.

Ailede şiddetin önlenmesi; Ebeveynler çocukları önünde tartışmamalıdır. Çocuklarına, başkalarına ve kendilerine saygı duymayı öğretmelidirler. Çocukları Arasında cinsiyet ayırımı yapmayarak cinsellik ile aile içi ilişkiler konusunda çocuklarına bilgi vermelidirler.(101)

Bunlar haricinde anne ve baba alkol, sigara gibi zararlı maddeleri kullanmayarak aile içerisinde çıkabilecek şiddeti bir nevi önleyebilirler.

Medyanın şiddeti önlemede görevi; Aile içerisinde yer alan toplumun kabullendiği medyaya bu konuda daha büyük görev düşmektedir. Çünkü kitle iletişim araçları içerisinde en yaygın olan televizyonun öğretici gücü çok fazladır. Bu nedenle şiddeti öğretici yayınları engellemelidir. Televizyon aile içi şiddetin ve çocuk istismarının zararlı yönlerini gösteren, şiddet konularında toplumu bilinçlendiren yayınlar ile şiddeti önleyebilir.(101)

Yazılı ve görsel basımda yer alacak dramalar ile şiddete yönelik toplumsal ve bireysel duyarlılık arttırılmalıdır. Basın olumlu kadın imajı çizerek kadının pornografi ve güzellik yarışmalar ile metalaştırılması önlemelidir. Ayrıca medya kadını kişiliğinden soyutlayarak kadının nesneleştirmemeli ve onu cinsel objeye indirgememelidir. Kadın bedeninin reklamlarda kullanılması önlenmelidir.(102)

Aile içi şiddet önlemek için bazı stratejiler de belirlenebilir. Bunlar;

- 1- Risk faktörlerini belirleme
  - 2- Bireyin yaşadığı gerginliği azaltma,
  - 3- Sosyal desteği artırma(kimlerle paylaşabilir, kimlerden yardım alabilir)
  - 4- Kişinin daha sağlıklı, daha iyi problem çözme, atılgan davranması sağlanmalıdır.
  - 5-Benlik saygısını arttırma (insan olarak değerli olduğu, önemli olduğu duygusunun ortaya çıkarma)
  - 6-Ailede şiddet kullanan bireyi saptama gibi stratejileri kullanarak aile içerisindeki yaşanmış şiddetleri ya da yaşanacak şiddetleri önlemiş oluruz.
- Bütün bu stratejiler sağlıklı bir aile yaşamını getirecektir.(101)

Sağlık alanında yaşanan şiddetin önlenmesi konusunda alınabilecek önlemleri belirtmek gerekirse;(28)

1. Tüm meslek gurupları içinde en çok şiddete maruz kalan grup olan sağlık Çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetle ilgili özlük hakları bağlamında 'işyeri Güvenliği ve şiddet tazminatı' getirilmeli,
2. Yerel ve ulusal, yazılı ve görsel basın aracılığıyla, şiddet içeren ve silahtan sayılan aletlerle yapılan folklorik motiflere dayalı özendirici yayınlar Yapılmamalı, hasta hakları konusunda gösterilen çabalar gibi sağlık çalışanlarının da hakları olduğunun anlatıldığı programlar yapılmalı, basının sağlık çalışanlarına karşı olumsuz ve önyargılı tutumları engellenmeli, yapılan sağlık programlarında ve haberlerinde 'program danışmanı hekim' kurumunun oluşması özendirilmeli,
3. Yaygın ve örgün eğitim kurumları ile işbirliği yapılarak saldırganlık ve şiddetin önlenmesine yönelik eğitim verilmeli,
4. Sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapılarak özellikle aile içi şiddetle mücadele edilmeli,
5. Barolar ile işbirliği yaparak sağlık personeline yönelik hukuk danışmanlığı hizmeti ve hukuki bilgilendirme yapılmalı, sağlık kurumlarda sağlık çalışanlarının haklarını savunan avukatlar bulundurulmalı,
6. Adli yargı sürecini hızlandıracak gerekli tedbirler alınmalı,
7. Tıp fakülteleri ile sağlıkla ilgili diğer fakülte ve yüksekokullarda şiddetin nedenleri ve önlenmesi ile ilgili dersler müfredat programına alınmalı,
8. Sağlık kurumlarında, şiddeti konusunda gerekli tedbirleri almak amacıyla 'şiddeti önleme komisyonu' kurulmalı,
9. Sağlık sisteminin işleyişiyle ilgili kurum içinde ve özellikle şiddetin sıkça görüldüğü birimlerde hasta ve yakınlarına gerekli bilgilendirmeleri yapan birimler kurulmalı,

10. Kliniklerde hastaların tanı ve tedavilerinin dış etkenlerden olumsuz etkilenmesini engelleyecek gerekli idari ve fiziki düzenlemelerin yapılarak güvenli çalışma ortamının sağlanması,

11. Yeterli sayıda sağlık çalışanı ile şiddet olaylarında etkin olabilecek nitelikli ve yeterli sayıda güvenlik görevlisi temin edilmeli,

12. Sağlık personeline şiddetin nedenleri, şiddeti engelleme ve mücadele etme yöntemleri konularında hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir. Anayasamızda yerini alan yasama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkı çerçevesinde sağlık çalışanlarının da hakları olduğu bilinciyle sağlığımızın korunması ve hastalıklarımızın tedavisi için çalışan sağlık mesleği mensuplarının iş yerlerinde uğradıkları şiddet kabul edilemeyecek bir durumdur. 'Sağlık çalışanlarının sağlık sorunu' olarak değerlendirilmesi gereken bu durumun önlenmesi için siyasi, idari, bireysel ve toplumsal duyarlılığın gösterilmesi gerekmektedir.(28)

Hemşirelerin; kadınların suiistimal edilmelerini ve şiddete maruz kalmalarını engelleyememelerinde birçok sebep vardır.(71,103)

Bunlar;

- 1- Yeterli zamana sahip olamama
- 2- Var olan belirtilerin tıbbi bir rahatsızlıktan kaynaklandığına inanmaları
- 3- Şiddete uğrayan kadınların özel hayatlarını anlatacakları uygun çalışma ortamına sahip olmamaları
- 4- Kadınların gerçek hayatta şiddete uğradıklarına inanmamaları (Yaşanılan şiddetin hayali olduğunu düşünmeleri)
- 5- Şiddete uğrayan kadınların acı veren hikâyelerini duymak istememeleri
- 6-Şiddete uğrayan kadınların anlattıkları karşısında kendilerini yetersiz hissetmeleri.(71,103)

Baysan (2003) yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %67,5'inin şiddet olgusuyla karşılaştığını, %3,9'unun kendisini kadına yönelik şiddete yaklaşım konusunda yeterli bulmadığını saptamıştır.(24) Arabacı ve Karadağlı (2006) yaptıkları çalışmada

hemşire ve ebelerin %67,5'inin kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaştığını ve %73,4'ünün kendisini kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bulurken, %26,6'sının yeterli bulmadığını saptamıştır.(95)

Dünya Sağlık Örgütü, kadın sağlığına verdiği ciddi zararlar nedeniyle, kadına yönelik aile içi Şiddeti, ciddi ve öncelikli sağlık sorunu olarak kabul etmiştir. Aile içi Şiddet özellikle halk sağlığı ile ilgili kaynaklarda “gizli ya da sessiz epidemi” olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenlerle sağlık çalışanları kadına yönelik aile içi Şiddetin tanı ve tedavisini yapmaya yönelik eğitilmeleri desteklenmelidir.(104,105)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin, şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddet ile bilgi, tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Malatya il sağlık müdürlüğünden izin alındıktan sonra Mayıs-Eylül 2010 tarihleri arasında Malatya il merkezinde bulunan 28 sağlık ocağında gerçekleştirilmiştir.(Sağlık ocakları listesi Ek 6'da Sunulmuştur.)

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Malatya il merkezine bağlı 28 sağlık ocağında çalışan hemşire, ebe ve hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya alan da çalışan tüm hekim, hemşire ve ebe toplam 541 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmak istenmiştir. Ancak izinli ya da raporlu olan 29 kişiye ulaşılamamıştır. 512 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırma sonucunda evrenin %94'üne ulaşılmıştır.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

a-Araştırmada hekim, hemşire ve ebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 36 soruluk bir anket formu (EK 1),

b-Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için 10 sorudan oluşan 'tutum Soruları'(EK2),

c-hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin 31 sorudan oluşan "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Formu" (EK 3); kullanılmıştır.

### 3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), mesleki özellikler (meslek, mezun olunan okul, meslekte ve birinci basamak hizmetlerinde toplam çalışma süresi, öğrenimi sırasında ve meslek yaşamı sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitime katılma durumu), şiddet öyküsü (yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu ve sıklığı, halen şiddete uğrama durumu, çocuğuna şiddet uygulama durumu), mesleki alanda şiddetle karşılaşma durumu (şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu, şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında yaptığı uygulama) ile ilgili soruları içermektedir. Çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat ve prosedürün varlığı ve yeterliliği, kadına yönelik şiddetle karşılaştıklarında bildirim yapma ve bildirim yapmayanların neden yapmadıklarına ilişkin görüşlerini içeren 36 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1) kullanılmıştır.

### 3.4.2. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Soruları

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için İnci Derya Yayla (2009) tarafından hazırlanan 10 sorudan oluşan Tutum Soruları (EK 2) kullanılmıştır. Her madde için “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” sözcüklerinden oluşan 3 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek için kullanılan ölçekte olumlu tutumlarda (1, 2, 3, 4) “Katılıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılmıyorum” seçeneğine “0” puan, (5, 6, 7, 8, 9, 10) “Katılmıyorum” seçeneğine “2” puan, “Kararsızım” seçeneğine “1” puan, “Katılıyorum” seçeneğine “0” puan verilmiştir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan ve olumlu tutumda bulunan katılımcının 20 tam puan alması beklenmiştir.

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

Baysan ve Karadağlı (2003) tarafından geliştirilen ve geçerliliği güvenilirliği çalışılan ölçek, “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçek madde havuzunda toplam 33 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 31 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçeğin Baysan ve Karadağlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.76 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, “*Fiziksel Belirtiler*” ve “*Duygusal Belirtiler*” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçek “doğru” ve “yanlış” şeklinde ikili olarak hazırlanmıştır. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, “yanlış” seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31. maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan , “yanlış” seçeneğine “1” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Bu puanlar kullanılarak, toplam ve iki alt boyuta (*fiziksel* ve *duygusal*) göre puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Puanlama toplam ölçek puanı için (en düşük-en yüksek) 0–31, fiziksel alt ölçek puanı için 0–13, *duygusal* alt ölçek puanı için ise 0–18 olarak belirlenmektedir. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 80’i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, % 50–79’ unu doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, % 50 ve daha azını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir (Baysan 2003).



## **Ölçeğin Geçerliliği:**

### **1.Kapsam (içerik) Geçerliliği:**

Ölçek 79 madde olarak hazırlanmış ve 12 profesyonelin görüşüne sunulmuş ve onların görüşleri doğrultusunda değişiklik yapılarak 33 madde şeklinde uygulanmış ve araştırma sonrası 31 madde olarak uygulanması önerilmiştir.

### **2.Yapı-Kavram Geçerliliği:**

“HEKYSBTÖ”nün yapı geçerliğine yönelik olarak Bilesen Çözümlemeleri (Factor Analyses) yöntemi kullanılmış ve kadına yönelik şiddetin fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç yönünü yansıtan üç faktör (alt boyut) elde edilmiştir. Ortaya çıkan üç alt boyuttan Cinsel Belirtiler Alt Ölçek boyutunda iki maddenin yer alması ve bu maddelerin cinsel istismarın fiziksel yönüne ait belirtileri kapsamaması nedeniyle, Fiziksel Belirtiler Alt Ölçek maddeleri arasında yer alabileceğine karar verilmiştir. İstatistik uzmanlarının önerileri doğrultusunda temelde iki alt boyutta (Faktörde) toplanmıştır.

Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği (1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,25,27,28 )

Duygusal Belirtiler Altölçeği(3,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,26,29,30,31)

## **Ölçeğin Güvenirliği:**

### **İç Tutarlılık:**

Ölçeğin güvenirligine yönelik olarak iç tutarlılığı incelenmiştir. Sağlık ocaklarında görev yapan 154 hemşire ve ebeye uygulanmış ve cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur. HEKYSBT'nin *fiziksel* ve *duygusal* alt ölçek puanları ile *toplam* ölçek puanı arasındaki korelasyonu pearson`s korelasyon hesaplaması ile incelenmiştir. Toplam ölçek puanı ile *fiziksel* ( $r = 0.85$ ,  $P < 0.01$ ) ve *duygusal* ( $r = 0.88$ ,  $P < 0.01$ ) alt ölçek puanları arasında kuvvetli ve olumlu yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Fiziksel ve duygusal ölçek puanları arasında da orta derecede ve olumlu yönde korelasyon saptanmıştır ( $r = 0.52$ ,  $P < 0.01$ ). Ölçeğin pozitif yönde ilişkili alt ölçeklerden oluştuğu ve bunun ölçeğin güvenle kullanılabilirliği yönünde olumlu bir bulgu olduğu bildirilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama Yöntemi

Malatya il Sağlık müdürlüğünden yazılı izin alındıktan sonra Hekim, Hemşire ve ebelerin onamları alınmış ve ardından anket formları ve ölçekler araştırmacı denetiminde hekim, hemşire ve ebelerin kendisi tarafından okunarak yanıtlanmıştır.

### 3.6. Değişkenler

#### 3.6.1 Bağımlı Değişkenler

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

#### 3.6.2 Bağımsız Değişkenler

**-Demografik özellikler:** cinsiyet, yaş, gelir durumu, anne-baba eğitimi, ikamet edilen yer, algılanan ekonomik durum,

**-Evlilikle ilgili özellikler:** Medeni hal, evlilik süresi, eş eğitimi, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı,

**-Mesleki özellikler:** Mezun olunan okul, meslekte çalışma süresi, mezuniyet öncesinde ve sonrasında alınan kadına yönelik şiddetle ilgili eğitim ve alınan eğitimin yeterliliği

**-Şiddet ile ilgili özellikler:** İş yaşamında şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşma durumu, şiddete maruz kalmış kadınla karşılaşma sayısı, iş yerinde kadına yönelik şiddetle ilgi prosedür/talimatın varlığı, bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri denetlemesi yapıldı ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS paket programında yapılmıştır. Ölçülebilir veriler ortalama ( $\bar{X}$ )  $\pm$  standart sapma (SS) ile, nitel veriler ve sayı ve yüzde ile sunuldu. Ölçülebilir değişkenlere ilişkin verilerin shapiro wilk normallik testi ile normal dağılım gösterdiği saptandı ( $p>0,05$ ). İstatistiksel değerlendirmede ölçülebilir değişkenlerin karşılaştırılmasında, unpaired t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ve LSD (en küçük önemli fark yöntemi) ikili karşılaştırma, nitel

verilen istatistiksel değerlendirilmesinde ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etiği**

Araştırmaya İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma Etik Kurulu 'nun 03.05.2011 tarihli onayı (EK 4 ) alınarak başlanmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden resmi izin (EK 5) alınmıştır.

Anket formları doldurulmadan önce hekim, hemşire ve ebelere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllü katılımları sağlanmıştır.

### **3.9. Sınırlılıklar**

Araştırma ankete dayalı olarak yapıldığı için, verilerin güvenilirliği, hekim, hemşire ve ebelerin sorulara doğru ve samimi cevap verdiklerine dayalı olarak değerlendirilmelidir.

### **3.10. Süre ve Maliyet**

Araştırma Malatya İl Sağlık Müdürlüğünün 7 Nisan 2010 tarihli izni ile Mayıs-Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Ekim 2010 tarihinden itibaren veriler girilip, araştırma raporu yazılmaya başlanmıştır.

Anketlerin basılması ve ulaşım maliyetleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

#### **4.BULGULAR**

Malatya il merkezinde bulunan 28 sağlık ocağında çalışan; 105 hekim, 213 hemşire ve 194 ebe olmak üzere toplam 512 sağlık çalışanın şiddet deneyimlerinin ve aile içi kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının belirlendiği çalışmada araştırma grubuna ait veriler 6 başlık altında incelenmiştir:

4.1.Hekim, hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalma durumlarına ilişkin bulgular

4.3.Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYş Konusuna İlişkin Eğitim durumu ve KYş olgusuyla karşılaştığında bildirim yapma durumuna ilişkin bulgular

4.4.Hekim, Hemşire, Ebelerin Kadına Yönelik şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtlara ait bulgular

4.5.Hekim, hemşire ve ebelerin KYş Tutum puanı ve KYşBT lek puan dağılımına ilişkin bulgular

4.6.Katılımcıların Kadına Yönelik şiddet Belirtilerini Tanıma Alt leğin Puanlarına ilişkin bulgular

#### 4.1. Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 1: Hekim, Hemşire ve Ebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Demografik özellikler	Hekim(105)		Hemşire (213)		Ebe (194)		Toplam (512)	
	n	%	n	%	n	%	n	%*
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	44	41,9	181	85,0	194	100,0	419	81,8
Erkek	61	58,1	32	15,0	-	-	93	18,2
<b>Yaş (yıl)</b>								
≤25	7	6,7	26	12,2	15	7,7	48	9,4
26-30	24	22,9	68	31,9	36	18,6	128	25,0
31-35	27	25,7	66	31,0	61	31,4	154	30,1
≥36	47	44,8	53	24,9	82	42,3	182	35,5
<b>Eğitim Durumu</b>								
Tıp Fakültesi	105	100,0	-	-	-	-	105	20,5
Sağ. Yük. Ok. Lisans	-	-	75	35,2	35	18,0	110	21,5
Sağ. Yük. Ok. Önlisans	-	-	96	45,1	91	46,9	187	36,5
Sağlık Meslek Lisesi	-	-	41	19,2	59	30,4	100	19,5
Diğer	-	-	1	0,5	9	4,6	10	2,0
<b>Anne Eğitimi</b>								
Okul Bitirmemiş	16	15,2	51	23,9	57	29,4	124	24,2
İlköğretim	49	46,7	134	62,9	119	61,3	302	59,0
Lise Ve Üstü	40	38,1	28	13,1	18	9,3	86	16,8
<b>Baba Eğitimi</b>								
Okul Bitirmemiş	5	4,8	14	6,6	18	9,3	37	7,2
İlköğretim	33	31,4	107	50,2	113	58,2	253	49,4
Lise Ve Üstü	67	63,8	92	43,2	63	32,5	222	43,4

Tablo 1'in devamı

Demografik özellikler	Hekim (105)		Hemşire (213)		Ebe (194)		Toplam (512)	
	n	%	n	%	n	%	n	%*
<b>İkamet</b>								
Köy-kasaba	5	4,8	17	8,0	17	8,8	39	7,6
İlçe	9	8,6	45	21,1	38	19,6	92	18,0
İl	79	75,2	145	68,1	133	68,6	357	69,7
metropol	12	11,4	6	2,8	6	3,1	24	4,7

\*Sütun yüzdesi

Tablo 1'de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, yaş grupları, eğitim durumu, anne-baba eğitimi ve uzun süre yaşadığı ikamet bölgesi incelenmiştir. Araştırmaya 419 (%81,8) kadın, 93 (%18,2) erkek toplam 512 katılmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları  $33,6 \pm 6,4$ 'tür. Katılımcılarının %35, 5'nin 36 ve üstü yaş aralığında olduğu saptanmıştır. En küçük katılımcı yaşı 17 ve en büyük katılımcı yaşı ise 54'tür. Çalışmaya katılan hekimlerin %44,8'i, ebelerin %42,3'ü 36 ve üstü yaş aralığında; hemşirelerin ise %31,9'u 26-30 yaş aralığındadır.(Tablo1)

**Tablo 2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Demografik özellikler	Hekim (105)		Hemşire (213)		Ebe (194)		Toplam (512)	
	n	%	n	%	n	%	n	%*
<b>Medeni durum</b>								
Evli	75	71,4	158	74,2	157	80,9	390	76,2
Bekâr	28	26,7	52	24,4	28	14,4	108	21,1
Dul-boşanmış-ayrı yaşıyor	2	1,9	3	1,4	9	4,6	14	2,7
<b>Evlenme şekli</b>								
Görücü usulü	15	19,5	38	23,6	56	33,7	109	27,0
Anlaşarak	59	76,6	118	73,3	103	62,0	280	69,3
Diğer**	3	3,9	5	3,1	7	4,2	15	3,7
<b>Evlenme süresi (yıl)</b>								
≤10	47	61,0	101	63,1	66	39,5	214	53,0
11-14	14	18,2	21	13,1	36	21,6	71	17,6
≥15	16	20,8	38	23,8	65	38,9	119	29,5
<b>Eşin eğitimi</b>								
İlköğretim	1	1,3	5	3,1	2	1,2	8	2,0
Lise	11	14,3	31	19,4	60	35,9	102	25,2
Üniversite	65	34,4	125	77,5	104	62,9	294	72,8
<b>Çocuk</b>								
Evet	60	77,9	137	85,1	146	88,0	343	84,9
Hayır	17	22,1	24	14,9	20	12,0	61	15,1
<b>Çocuk sayısı</b>								
1	21	35,0	59	43,1	38	26,0	118	34,4
2	27	45,0	62	45,3	74	50,7	163	47,5
≥3	12	20,0	16	11,7	34	23,3	62	18,1

\*sütun yüzdesi

\*\*Kaçırılma, Zorla Evlendirilme

Tablo 2' de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, eş eğitimi, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı gibi demografik bazı özellikleri incelenmiştir.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının %76,2'inin evli, %21,1'inin bekâr

ve %2,7'sinin dul-boşanmış-ayrı yaşadığı saptanmıştır.

Meslek gruplarına göre evlenme şeklinin incelendiğinde; hekimlerin %76,6'si, hemşirelerin %73,3'ü, ebelerin ise %62,0'ı anlaşarak evlendiğini belirtmiştir. Görücü usulüyle evlenenlerin en büyük grubunu %33,7 ile ebelerin oluşturduğu saptanmıştır.

Tüm katılımcıların evlilik süresi ortalama  $10,5 \pm 6,8$ 'dir. Katılımcıların %53,0'nın  $\leq 10$  yıllık evli olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %61,0'ı, hemşirelerin %63,1'i ve ebelerin %39,5'i  $\leq 10$  yıllık evlidir. Katılımcıların minimum evlilik süresi 1 yıl maximum 32 yıldır.

Eş eğitimine göre meslekler kıyaslandığında; hekim eşlerinin %34,4'ünün, hemşire eşlerinin %77,5'inin, ebe eşlerinin %62,9'unun ve tüm katılımcı eşlerinin %72,8'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Evli olan 404 katılımcıdan 343'si çocuk sahibidir. Katılımcıların çocuk sayısı incelendiğinde; hekimlerin %45,0'ının, hemşirelerin %45,3'ünün ve ebelerin %50,7'sinin 2 çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3 Sağlık Çalışanlarının Gelir Düzeyine Göre Dağılım**

Gelir düzeyi (lira)	Hekim (105)		Hemşire(213)		Ebe (194)		Toplam(512)	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
$\leq 2000$	10	9,5	61	28,6	52	26,8	123	24,0
2001-3000	23	21,9	73	34,3	78	40,2	174	34,0
$\geq 3001$	72	68,6	79	37,1	64	33,0	215	42,0

\*sütun yüzdesi

Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde; minimum 1000TL, maksimum 15000 TL gelire sahip oldukları saptanmıştır. Hekimlerin %68,6'si, hemşirelerin %37,1'i  $\geq 3001$  TL gelire sahipken; ebelerin %40,2'sinin 2001-3000 TL arası gelire sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3) Hekimlerin gelir düzeyi daha yüksek bulunmuştur.(Tablo 3)



**Tablo 4 Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları**

Çalışma süresi(yıl)	Hekim(105)		Hemşire(213)		Ebe (194)		Toplam(512)		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
≤5	34	32,4	58	27,2	32	16,5	124	24,2	P:0,001 X <sup>2</sup> :36,162
6-14	46	43,8	90	42,3	57	29,4	193	37,7	
≥15	25	23,8	65	30,5	105	54,1	195	38,1	

\*sütun yüzdesi

Katılımcıların çalışma süreleri incelendiğinde; çalışma sürelerinin ortalama 12,1±7,3 yıl olduğu, minimum çalışma süresinin 1 yıl maksimum çalışma süresinin 34 yıl olduğu saptanmıştır. Çalışma süreleri arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur. (p< 0.05) (Tablo 4)

Hekimlerin % 43,8'inin, hemşirelerin %42,3'ünün, ebelerin ise %54,1'nin 6-14 yıl arası çalışma süresi olduğu belirlenmiştir.(Tablo 4)

## 4.2 Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 5. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Öykülerine Göre Dağılımı**

	Sayı(n)	(%)*	
<b>Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
Kadın	214	51,1	P:0,294
Erkek	51	54,8	X <sup>2</sup> :0,432
<b>Yaş gruplarına göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
≤35	169	51,2	P:0,592
36-45	80	51,3	X <sup>2</sup> :1,050
≥46	16	61,5	
<b>Mesleğe göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
Hekim	46	43,8	P:0,150
Hemşire	118	55,4	X <sup>2</sup> :3,795
Ebe	101	52,1	
<b>TOPLAM**</b>	<b>265</b>	<b>51,8</b>	

\* satır yüzdesi kullanılmıştır

\*\*Şiddete maruz kaldığını ifade edenler işleme alınmıştır.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, meslek durumuna göre yaşamları boyunca kendilerine yönelik şiddete maruz kalma durumları tablo 5' de incelenmiştir.

Katılımcıların şiddete uğrama durumları ile yaş, cinsiyet ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.(P>0,05)(Tablo 5)

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %51,8'i hayatlarında en az 1 kez şiddete maruz kalmıştır. Kadınların %51,1'inin, erkeklerin %54,8'inin şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kendisine yaşamı boyunca en az 1 kere şiddet uygulandığını ifade eden 265 kişinin %51,2'sinin 35 ye altı yaş grubunda, %51,3'ünün 36-45 yaş grubunda ve %61,5'inin 46 ve üstü yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Kendine şiddet uyguladığını ifaden eden 265 kişiden %55,4'ünün hemşire, %52,1'inin ebe ve %43,8'inin hekim olduğu görülmüştür.(Tablo 5)

**Tablo 6 Katılımcıların Şiddete Uğrama Durumlarının Uygulayan Kişiye Göre Dağılımları**

	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Şiddet uygulayan Baba</b>	89	21,2	38	40,9	127	24,8	P=0,001 X <sup>2</sup> =15,706
<b>Şiddet uygulayan Anne</b>	101	24,1	22	23,7	123	24,0	P:0,927 X <sup>2</sup> :0,008
<b>Şiddet uygulayan Akraba</b>	20	4,8	6	6,5	26	5,1	P:0,505 X <sup>2</sup> :0,445
<b>Şiddet uygulayan eş</b>	68	16,2	3	3,2	71	13,9	P:0,001**

\*Sütun yüzdesi \*\* Fisher test

Aile içi şiddete uğradığını ifade eden hekim, hemşire ve ebelerin şiddete uygulayan kişilere göre dağılımı incelendiğinde; Kadınların %21,2'i ve erkeklerin %40,9'u babaları tarafından şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(P<0,05)(Tablo 6 )

Şiddet uygulayan anne ve akrabayla katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır. (P>0,05)(Tablo 6)

Araştırmaya katılan kadınların %16,2'i ve erkeklerin %3,2'i eşleri tarafından şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 7 Hekim, Hemşire ve Ebelerin Amirleri Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı**

	Sayı(n)	(%)*	
<b>Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumu</b>			
Kadın	128	30,5	P:0,286
Erkek	25	29,6	X <sup>2</sup> :0,488
<b>Yaş gruplarına göre şiddete maruz kalma durumu</b>			
≤35	106	32,1	P:0,104
36-45	37	23,7	X <sup>2</sup> :4,532
≥46	10	38,5	
<b>Mesleğe göre şiddete maruz kalma durumu</b>			
Hekim	26	24,8	P:0,079
Hemşire	75	35,2	X <sup>2</sup> :5,078
Ebe	52	26,8	
<b>TOPLAM**</b>	153	29,9	

\* Satır yüzdesi kullanılmıştır

\*\* Cevabı evet olanlar işleme alınmıştır

Amirleri tarafından en az 1 kere şiddete uğrama durumunun katılımcıların cinsiyet, yaş ve meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; Katılımcıların %29,9'u amirleri tarafından şiddet görmüştür. Kadınların %30,5'i ve erkeklerin %26,9'u amirleri tarafından şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Mesleklere göre şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında; hekimlerin %24,8'inin, hemşirelerin %35,2'inin ve ebelerin %26,8'inin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Katılımcıların amirleri tarafından şiddete uğrama durumları ile yaş cinsiyet ve meslekleri arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır.(P>0,05) (Tablo 7)

**Tablo 8 Hekim, Hemşire ve Ebelerin İş Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Bazı Değişkenlere Dağılımı**

	Sayı(N)	(%)*	
<b>Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
Kadın	234	55,8	P:0,15
Erkek	46	49,5	X <sup>2</sup> :1,252
<b>Yaşa göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
≤35	180	54,5	P:0,511
36-45	83	53,2	X <sup>2</sup> :1,342
≥46	17	65,4	
<b>Mesleğe göre şiddete maruz kalma durumu**</b>			
Hekim	52	49,5	
Hemşire	125	58,7	P:0,259
Ebe	103	53,1	X <sup>2</sup> :2,703
<b>Toplam**</b>	280	54,7	

\* satır yüzdesi kullanılmıştır

\*\*Cevabı evet olanlar işleme alınmıştır.

Hekim, Hemşire ve Ebelerin iş yaşamı boyunca şiddete maruz kalma durumlarının cinsiyet, yaş ve meslek'e göre dağılımı tablo 8'de incelenmiştir.

Cinsiyet, yaş ve meslek gruplarıyla meslek yaşamında şiddete maruz kalma durumu arasında istatistiksel farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların %54,7'sinin iş yaşamı boyunca en az 1 kere şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.(P>0,05)(Tablo 8)

**Tablo 9 İş Yaşamında Şiddet Uygulayan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Şiddet uygulayan	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%	
Hasta	131	31,3	22	23,7	153	29,9	P:0,091 X <sup>2</sup> :2,103
Hasta yakını	170	40,6	31	33,3	201	39,3	P:0,119 X <sup>2</sup> :1,673
İş arkadaşı	61	14,6	15	16,1	76	14,8	P:0,402 X <sup>2</sup> :0,149
Diğer	23	5,5	3	3,2	26	5,1	P:0,272

\* sütun yüzdesi kullanılmıştır.

\*\* Fisher Exact test

Tablo 9’da sağlık çalışanlarının iş yaşamlarında hasta, hasta yakını ve çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğrama durumlarının cinsiyete göre durumu incelenmiştir.

Kadınların %31,3’ü hasta, %40,6’sı hasta yakını ve %14,6’i çalışma arkadaşı tarafından şiddete maruz kalmıştır. Erkeklerin ise, %23,7’inin hasta, %33,3’ünün hasta yakını ve %16,1’inin çalışma arkadaşı tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Katılımcıların en fazla hasta yakınları tarafından (%39,3) şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının işte şiddete uğrama durumları ile cinsiyet arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (P>0,05)(Tablo 9)

**Tablo 10 İş Yaşamında Şiddet Uygulayan Kişilerin Mesleklere Göre Dağılım**

	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Şiddet uygulayan</b>									
<b>Hasta</b>	30	28,6	60	28,2	63	32,5	153	29,9	P:0.605 X <sup>2</sup> :1.007
<b>Hasta yakını</b>	40	38,1	87	40,8	74	38,1	201	39,3	P:0.825 X <sup>2</sup> :0,385
<b>Çalışma arkadaşı</b>	12	11,4	37	17,4	27	13,9	76	14,8	P:0.337 X <sup>2</sup> :2,177

\*sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Hasta, hasta yakını, çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumunun mesleklere göre durumu incelendiğinde; Katılımcıların %39,3'ünün hasta yakını %29,9'unun hasta ve %14,8'inin kendi çalışma arkadaşı tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Hasta, hasta yakını ve çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumu ile meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (P>0,05)(Tablo 10)

**Tablo 11 İş Yaşamında Şiddet Uygulayanların Hekim, Hemşire ve Ebelerin Çalışma Süresine Göre Dağılımı**

	Çalışma süresi(yıl)								
	5 ve altı		6-14		15 ve üstü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Şiddet uygulayan</b>									
<b>Hasta</b>	36	29,0	60	31,1	57	29,2	153	29,9	P:0,898
									X <sup>2</sup> :0,216
<b>Hasta yakını</b>	48	38,7	87	45,1	66	33,8	201	39,3	P:0,076
									X <sup>2</sup> :5,152
<b>Çalışma arkadaşı</b>	23	18,5	31	16,1	22	11,3	76	14,8	P:0,171
									X <sup>2</sup> :3,530

\*sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Katılımcıların en fazla hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. 5 ve altı yıl çalışanların %38,7'sinin, 6-14 yıl çalışma süresi olanların %45,1'nin, 15 ve üstü çalışma süresi olan grubunun %33,8'ünün hasta yakın tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Çalışma süresi ile hasta, hasta yakını, çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.(P>0,05)(tablo 11)



### 4.3 Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ Konusuna İlişkin Eğitim durumu ve KYŞ Olgusuyla Karşılaştığında Bildirim Yapma Durumuna İlişkin Bulgular

**Tablo 12 Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Alınan Eğitimin Mesleklere Göre Dağılımı**

Kadına yönelik şiddete ilişkin alınan eğitim	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%*	
<b>Mezuniyet öncesi alınan eğitim</b>									
Evet	24	23.3	55	25.7	38	19.5	117	22.9	X <sup>2</sup> :2.249
Hayır	79	76.7	159	74.3	157	80.5	385	77.1	P:0.325
<b>MÖE yeterli mi?</b>									
Evet	5	20.8	18	32.7	16	42.1	39	33.3	
Hayır	4	16.7	12	21.8	10	26.3	26	22.2	X <sup>2</sup> :6.191
Kısmen yeterli	15	62.5	25	45.5	12	31.6	52	44.1	P:0.185
<b>Mezuniyet sonrası alınan eğitim</b>									
Evet	72	69.9	123	57.5	155	79.5	350	68.4	X <sup>2</sup> :22.995
Hayır	31	30.1	91	42.5	40	20.5	162	31.6	P:0.001
<b>MSE yeterli mi?</b>									
Evet	35	48.6	50	40.7	77	49.7	162	46.3	
Hayır	13	18.1	20	16.3	26	16.8	59	16.9	X <sup>2</sup> :3.400
Kısmen yeterli	24	33.3	53	43.1	52	33.5	129	36.9	P:0.493

\*sütun yüzdesi kullanılmıştır.  
MÖE: mezuniyet öncesi eğitim  
MSE: mezuniyet sonrası eğitim

Tablo 12’de mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrasında KYŞ ile ilgili alınan eğitimin mesleklere göre durumu incelenmiştir.

Hekimlerin %23,3’ünün mezuniyet öncesinde eğitim aldığı, %76,7’inin mezuniyet öncesi KYŞ ile ilgili eğitim almadıkları saptanmıştır. Yine hemşirelerin

%25,7'si mezuniyet öncesi KYŞ eğitimi alırken %74,3'ü eğitim almamıştır. Ebelerin ise %77,1'i mezuniyet öncesi KYŞ eğitimi almamıştır.

Hekimlerin %62,5'i, hemşirelerin %45,5'i mezuniyet öncesi KYŞ eğitimini Kısmen yeterli bulurken ebelerin %42,1'i mezuniyet öncesi KYŞ eğitimini yeterli bulmuştur. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. (P>0,05) (Tablo 12)

Mezuniyet sonrası KYŞ eğitimi ile meslek grupları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur.(P<0,05). Ebelerin %79,5'inin, Hekimlerin %69,9'unun ve hemşirelerin %57,5'inin mezuniyet sonrası KYŞ eğitimi aldığı saptanmıştır. Ebelerin daha yüksek oranda eğitim aldıkları saptanmıştır.(Tablo 12)

Hekim ve ebelerin eğitimi yeterli bulduğu, hemşirelerin ise kısmen yeterli buldukları saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (P>0,05) (Tablo 12)

**Tablo 13 İş Yaşamında KYŞ Konusunda Olgularla Karşılaşmanın Mesleklere Göre Dağılımı**

	Olgu ile Karşılaşma		Olgu ile karşılaşma		
	Var		Yok		
	N	%*	N	% *	
Hekim	78	74,3	27	25,7	P:0,333
Hemşire	156	73,2	57	26,8	X <sup>2</sup> :2,199
Ebe	131	67,5	63	32,5	
<b>Toplam</b>	365	71,3	147	28,7	

\*sattır yüzdesi

Tablo 13'de İş yaşamında Kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşmanın mesleklere göre dağılımı gösterilmektedir. Sağlık çalışanlarının %71,3'ü şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşmıştır. Meslek gruplarıyla iş yaşamında şiddet olgu ya da şüphesiyle karşılaşma durumu arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunamamıştır.(P>0,05) (Tablo13)

**Tablo 14 İş Yaşamında Karşılaşılan KYŞ Olgularını Adli Makamlara Bildirimin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı**

Değişkenler	Bildirim yaparım		Bildirim yapmam		Toplam		
	n	%*	N	%*	n	%**	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	339	80,9	80	19,1	419	81,8	P:0,506
Erkek	78	83,9	15	16,1	93	18,2	X <sup>2</sup> :0,442
<b>Meslek</b>							
Hekim	89	84,8	16	15,2	105	20,5	P:0,429
Hemşire	175	82,2	38	17,8	21	41,6	X <sup>2</sup> :1,690
Ebe	153	78,9	41	21,1	194	37,9	
<b>Çalışma süresi</b>							
5 ve altı	105	84,7	19	15,3	124	24,2	P:0,312
6-14	151	78,2	42	21,8	193	37,7	X <sup>2</sup> :2,332
15 ve üstü	161	82,6	34	17,4	195	38,1	
<b>Yaş</b>							
35 ve altı	266	80,6	64	19,4	330	64,5	P:0,784
36-45	129	82,7	27	17,3	156	30,5	X <sup>2</sup> :0,487
46 ve üstü	22	84,6	4	15,4	26	5,1	
<b>Kurumunuzda prosedür var mı?</b>							
Evet	126	90,6	13	9,4	139	27,1	P:0,001***
Hayır	158	74,9	53	25,1	211	41,2	X <sup>2</sup> :13,850
Bilmiyorum	133	82,1	29	17,9	162	31,6	
<b>*Sütun yüzdesi</b>		<b>**satur yüzdesi</b>		<b>***P&lt;0,05</b>			

Tablo 14’de İş yaşamında Karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgularını adli makamlara bildirimini bazı değişkenlere göre dağılımı gösterilmiştir.

Kadınların %80,9’unun ve erkeklerin %83,9’unun KYŞ olgusu ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapacakları saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında 35 ve altı yaş grubundaki katılımcıların %80,6’inin, 36-45 yaş grubundaki katılımcıların %82,7’sinin ve 46 ve üstü Yaş grubunun %84,6’sının bildirim yapacağı belirlenmiştir. (Tablo 14)

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapıp yapmama konusundaki yanıtların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; hekimlerin %84,8’inin, hemşirelerin %82,2’nin ve ebelerin %78,9’unun bildirim yapacağı belirlenmiştir. (Tablo14)

Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapıp yapmama konusundaki yanıtların iş yerindeki prosedür/talimatın varlığına göre dağılımı incelendiğinde; Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $P<0,05$ ) İş yerinde KYŞ ile ilgili prosedür var cevabını verenlerin daha yüksek oranda (%90,6) bildirim yaparım cevabı verdiği belirlenmiştir (Tablo 14)

**Tablo 15 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Olgusu veya Şüphesi İle Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedeni Olarak Belirttikleri Durumların Dağılımı**

Neden bildirim yapmazsınız	Sayı	%
1-Sosyal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşündüğüm için	12	12,6
2-kendim çözeceğini düşündüğüm için	2	2,1
3-Uğraşmak istemediğim için	3	3,2
4-Yasal sürece ait bilgim olmadığı için	13	13,7
5-mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için	45	47,4
6 konuya ait yetersiz kanıt olduğu için	5	5,3
7- kadının ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için	4	4,2
8- kime bildireceğimi bilmediğim için	6	6,3
9-Diğer	5	5,3
Toplam	95	100,0

Katılımcıların kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapmama nedenleri incelendiğinde; katılımcıların %47,4'ü mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için cevabını vermiştir. Yasal sürece ait bilgim olmadığı için cevabını verenlerin oranı %13,7 dir. Kendim çözeceğini düşündüğüm için bildirim yapmam cevabını verenlerin oranı %2,1dir.(Tablo 15)

#### 4.4. KYŞ'e İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtların İncelenmesi

**Tablo 16 Hemşire, Ebe ve Hekimlerin KYŞ'e İlişkin Tutum Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı**

Tutuma ilişkin Sorular	Katılıyorum		Karasızım		Katılmıyorum	
	N	%	N	%	N	%
1.Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır	502	98,0	6	1,2	4	0,8
2.KYŞ'in önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.	480	93,8	19	3,7	13	2,5
3.KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir.	232	45,3	165	32,2	115	22,5
4.Şiddete uğrayan kadına eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.	287	56,1	108	21,1	117	22,9
5.KYŞ'in varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.	98	19,1	108	21,1	306	59,8
6.KYŞ. aile içi özel bir sorundur sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir	44	8,6	88	17,2	380	74,2
7. İş yaşamında KYŞ'i sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum	128	25,0	117	22,9	267	52,1
8.Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptığı" sorulmalıdır.	76	14,8	51	10,0	385	75,2
9.Şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir	132	25,8	82	16,0	198	58,2
10.Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, eşile birlikte dinlenerek anlaşılabilir	195	38,1	131	25,6	186	36,3

\* Doğru cevaplar kalın italik olarak işaretlenmiştir.

Kadına yönelik şiddete ilişkin tutuma yönelik sorulara verilen cevaplar incelendiğinde; sorunu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır sorusuna doğru cevap veren kişi sayısı 502 (%98,0) dır. 2. Sırada KYŞ'in önemli bir sağlık

sorunu olduğunu düşünüyorum yer almıştır. 480 (%93,8)kişi katılıyorum cevabı vermiştir. KYŞ'i ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir sorusuna olumlu tutum gösterenlerin oranı %45,3'de kalmıştır. KYŞ aile içi özel bir sorundur sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir sorusuna katılmıyorum cevabını vererek doğru tutum gösteren personel sayısı 380 (%74,2)'dir. (Tablo 16)

#### 4.5. Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

**Tablo 17 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanı Dağılımı**

	KYŞBT Ölçek Puanı	Tutum Puanı
<b>Ortalama</b>	<b>18,6</b>	<b>14,7</b>
<b>Standart sapma</b>	<b>3,7</b>	<b>3,2</b>
<b>Minimum değer</b>	<b>9,0</b>	<b>3,0</b>
<b>Maksimum değer</b>	<b>28,0</b>	<b>20,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanının KYŞBT ölçek puanı ve KYŞ tutum puanları incelendiğinde; katılımcıların ortalama  $14,7 \pm 3,2$  tutum puanı ve 1 kişinin toplam 3 puan, 19 kişinin 20 puan aldığı saptanmıştır. Katılımcıların KYŞBT ölçek puanında ise ortalama  $18,6 \pm 3,7$  puan aldıkları, 3 kişinin 9 puan ve 2 kişinin 28 puan aldığı saptanmıştır. (Tablo 17 )

**Tablo 18 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı**

	Cinsiyetiniz	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Kadın	419	15,00±2,91	0,001
	Erkek	93	13,24±4,02	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Kadın	419	18,65±3,67	0.681
	Erkek	93	18,26±3,89	

KYŞ Tutum puanının katılımcıların cinsiyetine göre durumu incelendiğinde; KYŞ tutum puan toplamları ile cinsiyet arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Bayan katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 18)

Katılımcıların KYŞBT ölçek puan toplamı ile katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde; katılımcıların cinsiyeti ile katılımcıların ölçek puan toplamları arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 18)

**Tablo 19 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

	YAŞ	SAYI (n)	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	25 ve altı	48	14,41±3,14	0.387
	26-30	128	14,32±3,53	
	31-35	154	14,91±2,97	
	36 ve üstü	182	14,82±3,20	
	Toplam	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	25 ve altı	48	18,35±3,25	0.920
	26-30	128	18,48±4,03	
	31-35	154	18,58±3,90	
	36 ve üstü	182	18,71±3,45	
	Toplam	512	18,58±3,71	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aldıkları KYŞ tutum puanının yaşa göre dağılımı incelendiğinde; yaş grupları ile alınan tutum puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 19)

Katılımcıların aldıkları KYŞBT ölçek puanının yaşa göre dağılımı incelendiğinde; yaş grupları ile alınan ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 19)



**Tablo 20 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mesleklere Göre Dağılımı**

	Meslek	Sayı (n)	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Hekim	105	14,36±3,76	0.056
	Hemşire	213	14,45±3,12	
	Ebe	194	15,12±2,95	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Hekim	105	19,29±3,66	0.019
	Hemşire*	213	18,09±3,55	
	Ebe	194	18,73±3,85	
	Total	512	18,58±3,71	

\* fark yaratan grup

Katılımcıların KYŞ Tutum puanının mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; alınan tutum puanı ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 20)

Katılımcıların KYŞBT ölçek puanının mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; alınan ölçek puan toplamları ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 20). Hekim, hemşire ve ebelerin aldıkları KYŞBT ölçek puanı incelendiğinde hemşirelerin ölçek puanının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. (Tablo 20)

**Tablo 21 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı**

	Mezun olunan okul	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Tıp fakültesi	105	14,36±3,76	0.606
	Sağlık yüksek okulu lisans	110	14,80±3,03	
	Sağlık yüksek okulu önlisans	187	14,91±2,96	
	Sağlık meslek lisesi	100	14,46±3,20	
	Diğer	10	14,90±3,72	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Tıp fakültesi	105	19,29±3,66	0.104
	Sağlık yüksek okulu lisans	110	18,78±4,12	
	Sağlık yüksek okulu önlisans	187	18,07±3,35	
	Sağlık meslek lisesi	100	18,58±3,88	
	Diğer	10	18,50±3,56	
	Total	512	18,58±3,7	

Katılımcıların KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan toplamalarının mezun olunan okula göre dağılımı incelendiğinde; alınan puan toplamalarıyla mezun olunan okul arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ( $p >0,05$ ) (Tablo 21)

**Tablo 22 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Medeni Duruma Göre Dağılımı**

	Medeni durum	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evli	390	14,63±3,18	
	Bekâr	108	14,75±3,32	0.411
	Dul-boşanmış-ayrı yaşıyor	14	15,78±3,33	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evli	390	18,59±3,70	
	Bekâr	108	18,41±3,69	0.547
	Dul-boşanmış-ayrı yaşıyor	14	19,57±4,34	
	Total	512	18,58±3,71	

Toplam KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puanının medeni duruma göre durumu incelendiğinde; medeni durum ile KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 22)

**Tablo 23 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Evlenme Şekline Göre Dağılımı**

	Evlenme şekli	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Görücü usulüyle evlendim	109	14,96±3,13	
	Anlaşarak evlendim	280	14,72±3,10	0.001
	Diğer*	15	11,53±3,73	
	Total	404	14,67±3,19	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Görücü usulüyle evlendim	109	18,71±3,84	
	Anlaşarak evlendim	280	18,56±3,71	0.816
	Diğer	15	19,13±3,13	
	Total	404	18,62±3,72	

\* fark yaratan grup

Katılımcıların KYŞ Tutum puan ortalamasının evlenme şekline göre durumu incelendiğinde; KYŞ tutum puan ortalaması ile evlenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 23 ). Diğer şekilde evlendim (kaçırılma, zorla evlendirilme) cevabını veren katılımcıların, anlaşarak ve görücü usulüyle evlenenlere göre daha düşük düzeyde puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların KYŞBT ölçek puan ortalaması ile evlenme şekli arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo23)

**Tablo 24 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Çalışma Süresine Göre Dağılımı**

	Çalışma süresi (yıl)	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	5 ve altı	124	14,19±3,46	0.139
	6-14	193	14,88±3,08	
	15 ve üstü	195	14,81±3,16	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	5 ve altı	124	18,62±3,71	0.952
	6-14	193	18,62±4,00	
	15 ve üstü	195	18,51±3,42	
	Total	512	18,58±3,71	

KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puanının katılımcıların çalışma yılına göre durumu incelendiğinde; çalışma yılı ile toplam tutum-ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 24)

**Tablo 25 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Anne Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

	Anne Eğitimi	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Okul bitirmemiş	124	14,60±3,28	0.481
	İlköğretim	302	14,81±3,14	
	Lise ve üstü	86	14,36±3,39	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Okul bitirmemiş*	124	17,65±3,49	0.002
	İlköğretim	302	18,74±3,84	
	Lise ve üstü	86	19,37±3,11	
	Total	512	18,58±3,71	

\* farklılık yaratan grup

Katılımcıların KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puanının anne eğitim durumlarına göre durumu incelendiğinde; KYŞ tutum puan oranları ile anne Katılımcı annelerinin eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 25)

Alınan KYŞBT ölçek puan ortalaması ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Anneleri okuryazar olmayan katılımcıların ölçek puan ortalamaları anne eğitimi ilköğretim, lise ve üstü eğitimi olan kişilere göre daha düşüktür. ( $p < 0,05$ ) (Tablo 25)

**Tablo 26 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Baba Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

	Baba Eğitimi	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Okul bitirmemiş	37	14,86±3,19	0.936
	İlköğretim	253	14,69±3,22	
	Lise ve üstü	222	14,65±3,23	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Okul bitirmemiş	37	17,62±3,43	0.131
	İlköğretim	253	18,47±3,73	
	Lise ve üstü	222	18,87±3,72	
	Total	512	18,58±3,71	

Katılımcıların baba eğitim durumuna göre aldıkları KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların babalarının eğitim durumu ile KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 26)

**Tablo 27 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Dağılımı**

	Gelir (YTL)	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	2000 ve altı	123	14,44±3,48	0.192
	2001-3000	174	15,04±2,90	
	3001 ve üstü	215	14,53±3,28	
	Total	512	14,68±3,21	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	2000 ve altı	123	18,22±3,75	0.025
	2001-3000	174	18,18±3,76	
	3001 ve üstü*	215	19,10±3,61	
	Total	512	18,58±3,71	

\* farklılık yaratan grup

Katılımcıların KYŞ Tutum puanının katılımcıların aylık gelir durumuna göre durumu incelendiğinde; Katılımcıların tutum puan ortalaması ile eve giren aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken; KYŞBT ölçek puan ortalaması ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı istatistikî bir fark bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 3001 ve üstü olan grubun toplam ölçek puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 27)

**Tablo 28 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımı**

	Yaşamınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evet	265	14,67±3,15	0.606
	Hayır	247	14,70±3,29	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evet	265	18,31±3,69	0.947
	Hayır	247	18,87±3,72	

Katılımcıların yaşamları boyunca şiddete maruz kalıp kalmalarıyla katılımcıların KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 28)

**Tablo 29 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Amirleri Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımı**

	Amirleriniz tarafından şiddete maruz kaldınız mı?	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evet	153	14,56±3,45	0.152
	Hayır	359	14,74±3,11	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evet	153	18,55±3,40	0.041*
	Hayır	359	18,59±3,84	

\* p<0,05

Katılımcıların KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalaması ile amirleri tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde; KYŞ tutum puan ortalamasıyla şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık bulunmazken ( $p > 0,05$ ) (Tablo 30), KYŞBT ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Amirlerinden şiddet gören katılımcıların puan ortalamalarının daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 29)

**Tablo 30 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezuniyet Öncesi Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı**

	Mezuniyet öncesi kadına Yönelik şiddet eğitimi Aldınız Mı?	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evet	127	4,80±3,33	0.819
	Hayır	385	14,65±3,18	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evet	127	19,17±3,52	0.395
	Hayır	385	18,42±3,76	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesinde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumu ile aldıkları KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; mezuniyet öncesinde alınan kadına yönelik şiddet eğitimi ile alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 30)



**Tablo 31 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının Mezuniyet Sonrasında Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı**

	Mezuniyet sonrasında sertifikalı eğitim aldınız mı?	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evet	346	14,75±3,31	0.176
	Hayır	166	14,54±3,01	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evet	346	18,89±3,71	0.808
	Hayır	166	17,92±3,63	

Tablo 31’de görüldüğü gibi KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalaması ile mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumu incelendiğinde; mezuniyet sonrasında alınan kadına yönelik şiddet eğitimi ile KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. (p >0,05) (Tablo 31)

**Tablo 32 KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puanının İş Yerinde Şiddet Olgusu ya da Şüphesiyle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı**

	İş yaşamınızda şiddet olgusu ya da şüphesi ile karşılaştınız mı?	Sayı	X±SS	P
<b>KYŞ Tutum Puanı</b>	Evet	365	14,86±3,08	0.008
	Hayır	146	14,22±3,50	
<b>KYŞBT Ölçek Puanı</b>	Evet	365	18,75±3,66	0.888
	Hayır	146	18,15±3,83	

\* p<0,05

Hekim, hemşire ve ebelerin iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesi ile karşılaşma durumu ile kadına yönelik şiddet tutum puan ortalaması incelendiğinde; iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşan personelin karşılaşmayan personele göre daha yüksek tutum puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. (p< 0.05) (Tablo 32)

İş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusuyla ya da şüphesiyle karşılaşma durumu ile KYŞBT ilişkin ölçek puan ortalaması incelendiğinde; kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya yönelik ölçek puan ortalaması ile iş yaşamında şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşılması arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık olmadığı saptanmıştır.( $p > 0,05$ ) (Tablo 32)

#### 4.6. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Alt Ölçeğin Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 33 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı**

	Cinsiyetiniz	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	Kadın	419	8,10±1,73	0.873
	Erkek	93	7,89±1,80	
DUYGUSAL PUAN	Kadın	419	10,54±2,64	0.604
	Erkek	93	10,37±2,67	

Katılımcıların cinsiyeti ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların duygusal ve fiziksel belirtiler alt puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 33)

**Tablo 34 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı**

	Yaş (YIL)	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	25 ve altı	48	7,87±1,37	0.731
	26-30	128	8,00±1,80	
	31-35	154	8,05±1,86	
	36 ve üstü	182	8,16±1,70	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	25 ve altı	48	10,47±2,66	0.995
	26-30	128	10,47±2,76	
	31-35	154	10,52±2,74	
	36 ve üstü	182	10,54±2,49	
	Total	512	10,51±2,64	

Katılımcıların yaşı ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların duygusal ve fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 34)

**Tablo 35 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Meslek Durumuna Göre Dağılımı**

	Meslek	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	Hekim	105	8,16±1,77	0.329
	Hemşire	213	7,92±1,66	
	Ebe	194	8,16±1,83	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	Hekim*	105	11,13±2,53	0.008
	Hemşire	213	10,16±2,54	
	Ebe	194	10,57±2,76	
	Total	512	10,51±2,64	

\* Fark yaratan grup

Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlara ilişkin alt ölçek puan ortalamalarıyla katılımcıların meslek durumları incelendiğinde; fiziksel puan ortalamalarıyla meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, ( $p > 0,05$ ) (Tablo 36) duygusal puan ortalamaları ile meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Hekimler hemşire grubuna göre daha yüksek duygusal puan ortalamasına sahiptir. ( $p < 0,05$ ) (Tablo 35)

**Tablo 36 Katılımcıların KYŞBT İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Mezun Olunan Okul Durumuna Göre Dağılımı**

	Mezun Olunan okul	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	Tıp Fakültesi	105	8,16±1,77	0.839
	Sağlık yüksek okulu lisans	110	8,02±1,83	
	Sağlık yüksek okulu önlisans	187	7,96±1,61	
	Sağlık meslek lisesi	100	8,18±1,80	
	Diğer	10	8,20±2,52	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	Tıp Fakültesi	105	11,13±2,53	0.023
	Sağlık yüksek okulu lisans	110	10,75±2,83	
	Sağlık yüksek okulu önlisans	187	10,10±2,39	
	Sağlık meslek lisesi	100	10,40±2,88	
	Diğer	10	10,30±2,75	
	Total	512	10,51±2,64	

1 \*FAKÜLTESİ SML VE SYOÖNLİSANS

2\*\*SYOLİSANS-ÖNLİSANS

3\*\*\*SML-TİPF

Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlara ilişkin alt ölçek puan ortalamalarıyla katılımcıların mezun oldukları okul durumları incelendiğinde; fiziksel puan ortalamalarıyla mezun olunan okul arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p > 0,05$ ), duygusal puan ortalamaları ile mezun olunan okul grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıp fakültesi mezunları SML ve SYO önlisans mezunlarından daha yüksek puan almışlardır. ( $p < 0,05$ ) (Tablo 36)

**Tablo 37 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Anne Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

	Anne Eğitimi	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	Okul bitirmemiş	124	7,87±1,84	0.392
	İlköğretim	302	8,12±1,77	
	Lise ve üstü	86	8,12±1,49	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	Okul bitirmemiş*	124	9,77±2,35	0.001
	İlköğretim	302	10,61±2,74	
	Lise ve üstü	86	11,24±2,44	
	Total	512	10,51±2,64	

\* farkı yaratan grup

Hekim, hemşire ve ebelerin anne eğitim durumları ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; anne eğitim durumu ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 37)

Hekim, hemşire ve ebelerin anne eğitim durumu ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Annesi okul bitirmemiş olan hekim, hemşire ve ebelerin diğer gruplardan daha düşük duygusal belirtiler puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 37)

**Tablo 38 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

	Baba Eğitimi	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	Okul bitirmemiş	37	8,02±1,69	0.990
	İlköğretim	253	8,07±1,83	
	Lise ve üstü	222	8,06±1,66	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	Okul bitirmemiş*	37	9,59±2,53	0.022
	İlköğretim	253	10,39±2,59	
	Lise ve üstü**	222	10,80±2,68	
	Total	512	10,51±2,64	

\* fark yaratan grup

\*\*fark yaratan ikinci grup

Hekim, hemşire ve ebelerin baba eğitimi lise ve üstü olanların daha yüksek duygusal belirti alt ölçek puanının daha yüksek, babası okul bitirmemiş olanların ise daha düşük duygusal belirti alt ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan analiz de, eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 38)

**Tablo 39 Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Puanlarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı**

	Gelir (YTL)	Sayı	X±SS	P
FİZİKSEL PUAN	2000 ve altı	123	7,95±1,84	0.532
	2001-3000	174	8,02±1,74	
	3001 ve üstü	215	8,16±1,70	
	Total	512	8,06±1,75	
DUYGUSAL PUAN	2000 ve altı	123	10,27±2,57	0.007
	2001-3000	174	10,16±2,65	
	3001 ve üstü*	215	10,94±2,63	
	Total	512	10,51±2,64	

\* fark yaratan grup

Katılımcıların gelir durumu ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların *fiziksel* belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 39)

Katılımcıların 3001 ve üstü geliri olanlar diğer gruplardan daha yüksek *duygusal* belirtiler alt ölçek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan analiz de, gelir durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 39)

**Tablo 40 Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Fiziksel Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (Doğru cevap verenler)**

<b>Fiziksel Belirtiler</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir <sup>1</sup>	325	63,5
Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez <sup>2</sup>	231	45,1
Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür. <sup>4</sup>	443	86,5
Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir <sup>5</sup>	424	82,5
Kadının ekstremitelerindeki küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini göstermez. <sup>6</sup>	277	54,1
Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür <sup>7</sup>	328	64,1
Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülmez. <sup>8</sup>	277	54,1
Şiddetli kas kontraksiyonları şikâyeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez. <sup>9</sup>	266	52,0
Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir <sup>10</sup>	254	49,6
Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismar belirtisi değildir. <sup>11</sup>	353	68,9
İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır <sup>25</sup>	348	68,0
İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır. <sup>27</sup>	341	66,6
Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir <sup>28</sup>	263	51,4

Tablo 40'de Hekim, Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Hekim, hemşire ve ebelerin fiziksel belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür (%86,5) ,

Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir ve Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismar belirtisi değildir (% 68,9) şeklindedir.

En az puan alan özellikler ise; Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez(%45,1)Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir(%49,6) (Tablo 40)

**Tablo 41 Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Duygusal Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (doğru cevap verenler)**

Duygusal Belirtiler	N	(%)
İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikâyetleri vardır <sup>3</sup>	379	74,0
İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinirler <sup>12</sup>	400	78,1
İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatmazlar <sup>13</sup>	211	41,2
İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşmazlar <sup>14</sup>	234	45,7
İstismar edilen kadınlar yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar <sup>15</sup>	340	66,4
İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar <sup>16</sup>	302	59,0
İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır <sup>17</sup>	425	83,0
Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür. <sup>18</sup>	349	68,2
İstismar edilen kadınlar, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmazlar <sup>19</sup>	206	40,2
Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar düşünülür. <sup>21</sup>	364	71,1
İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvuramazlar <sup>23</sup>	260	50,8
Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür <sup>24</sup>	241	47,1
Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür <sup>26</sup>	279	54,5
Çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiği düşünülür. <sup>29</sup>	300	58,6
İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvuramazlar <sup>31</sup>	316	61,7



Tablo 41’de Hekim, Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Katılımcılar İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi var olduğunu ifade ederek doğru cevap vermişlerdir. Katılımcıların sırasıyla istismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır (%83,0), istismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan çekinirler (78,1), istismar edilen kadınların geçici görme işitme kaybı vardır (%74,0) sorularına en fazla doğru cevabı vermiştir. Katılımcıların sadece 206’sı, istismar edilen kadınların, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmadıklarını ifade ederek doğru cevap vermiştir.

## 5. TARTIŞMA

Malatya merkez sağlık Ocaklarında alışan 512 sağlık çalışanının verilerinden elde edilen bulgular 5 başlık altında incelenmiştir:

5.1. Hekim, hemşire ve ebelere ait demografik özelliklerine ilişkin bulguların incelenmesi

5.2. Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalma durumlarına ilişkin bulguların incelenmesi

5.3. Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ Konusuna İlişkin Eğitim durumu ve KYŞ olgusuyla karşılaştığında bildirim yapma durumuna ilişkin bulguların incelenmesi

5.4. Hekim, Hemşire, Ebelerin Kadına Yönelik şiddete İlişkin Tutuma Yönelik Verilen Yanıtlara ait bulguların incelenmesi

5.5. Hekim, hemşire ve ebelerin KYŞ Tutum puanı ve KYŞBT lek puan dağılımına ilişkin bulguların ve Katılımcıların Kadına Yönelik şiddet Belirtilerini Tanıma Alt leğin Puanlarına ilişkin bulguların incelenmesi

### 5.1. Hekim, Hemşire ve Ebeler Ait Demografik zelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hekim, hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çalışmayan katılan 512 kişinin % 81,8'inin kadın olduğu grlmştir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda bu oranın daha az olduğu grlmştir. (7, 28, 34, 39, 78) Bu farkın araştırmanın yapıldığı kurumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamız sağlık ocaklarında yapılmıştır ve sağlık ocağı çalışanlarının büyük bir kısmı hemşire ve ebeden oluşmaktadır.

Katılımcıların yaş durumlarına bakıldığında; yaş ortalaması  $33,6\pm 6,4$ 'dr. Yayla (2009)'nın çalışmasında yaş ortalaması  $33,1\pm 7,3$  olarak bulunmuştur.(78) alışmamızda katılımcıların %35,5'nin 36 ve üstü yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %31,9'u 26-30 yaş aralığındadır. Bu oran ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.(7, 28, 78). Bu bulguya bakılarak çalışma grubunun benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

Hekim, hemşire ve ebelerin evlik özellikleri incelendiğinde; büyük bir çoğunluğu (%76,2) evlidir. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğu benzer özellik göstermektedir. (7, 28, 39, 63) Altıntaş (2006)'ın araştırmasında ise katılımcıların %54,5'i evlidir.(40)

Evlilik şekli ve evlilik süresi aile içi şiddet hakkında bazı ipuçları verebilmektedir. Cüceloğlu (1993)'e göre Türkiye'de evlilik sorunlarının sıkça yaşandığı ve boşanmaların gerçekleştiği dönemler 6-10 yıl arası dönemlerdir.(115) Çalışmamızda evlilik süresi çoğunlukla 10 ve altı yıl arasında bulunmuştur. Bu bulgu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. (10,63).

Çalışmamızda katılımcıların %69,3'ü anlaşarak evlenmiştir. Kıyak (2008) çalışmasında anlaşarak evlenenleri %60,7 olarak bulmuştur.(10)

Eğitim durumu ile şiddet karşılaştırıldığında; şiddetle ilgili yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu eğitim düzeyi arttıkça şiddetin azaldığını ortaya koymuştur. Bizim araştırmamızda katılımcıların %78,5'i üniversite mezunudur. Yayla (2009) çalışmasında üniversite mezunu oranı %72 olarak bulurken, Altıntaş (2006) %67,3, Akyön (2008) %80 olarak saptamıştır.(39, 40, 78) Araştırmamızda hekim, hemşire ve ebe eşlerinin %72,8 üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Taşçı'nın (2003) çalışmasında bu oran % 66,8, Gömbül'ün çalışmasında ise % 58,1 olarak bulunmuştur. (63,116) Farkın üniversite mezunu sağlık personeli sayısının gün geçtikçe artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişinin şiddete maruz kalmasında ya da şiddet uygulamasında şüphesiz anne babanın eğitim düzeyi çok önemli bir etmendir. Anne babanın eğitim düzeyi yükseldikçe şiddet uygulama oranı düşecektir. Anne babanın eğitilmiş olması çocuğun yüksek eğitim almasına da katkıda bulunacaktır. Lise ve üstü eğitim alan anne sayısı en yüksek hekimlerde (%38,1) bulunmuştur. Ayrıca baba eğitimi de en yüksek yine hekimlerde %63,8 bulunmuştur. Kıyak (2008) çalışmasında Hemşire ve ebelerin anne ve babalarının eğitim durumlarını incelemiş, annelerin %72,6'sının ve babalarının %68,0'ının ilköğretim mezunu olduğunu, ortaokul ve üzeri mezunu olma oranının %32,1 ile babalarda daha yüksek olduğunu saptamıştır.(10)

Katılımcılarımızın gelir düzeylerine bakıldığında, gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur. Hekimlerin daha yüksek gelire sahip oldukları görülmüştür.

Hekim, hemşire ve ebelerin çalışma süreleri incelendiğinde; çoğunluğun %38,'nin 15 yıl ve üstü çalışma süresine sahip olduğu görülmüştür. Kıyak (2008) hemşire ve ebelerin %34,1'inin çalışma süresini 11–15 yıl arasında bulmuştur. Altıntaş (2006) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun 5 yıldan az deneyime sahip olduklarını bulmuştur.(10,40)

## **5.2.Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi**

Hekim, hemşire ve ebelerin şiddet öyküleri incelendiğinde; hekimlerin %43,8'i, hemşirelerin %55,4'ü ve ebelerin %52,1'i yaşamları boyunca en az 1 kere şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin daha az şiddete uğrama sebebi anne ve babalarının eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer çalışmaların sonuçları incelendiğinde Hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğrama oranları; Kaya ve ark (2007)'nin çalışmasında %27,7, Christofides ve Silo (2005)'nin çalışmasında %39,0 bulunmuştur. (106) Bizim çalışmamızla diğer çalışmalar arasındaki farkın çalışma yılından kaynaklandığı düşünülmektedir. Zamanla şiddet algısı değişmiş ve kişiler artık uğradıkları şiddeti eskiye göre daha az saklamaya başlamışlardır.

Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında kadınların %51,1'i, erkeklerin %54,8'i şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Beder çalışmasında cinsiyetlere göre %70,3 oranında bayanların, %63,5 oranında erkeklerin şiddete uğradığını ifade etmiştir.

Şiddeti uygulayanlara bakıldığında; şiddet uygulayan baba ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. (P<0,05) (Tablo 6) Kendisine babası tarafından şiddet uygulandığını belirten kadın oranı % 21,2 iken şiddete maruz kaldığını ifade eden erkek oranı %40,9 dur. Erkeklerin babaları tarafından daha yüksek oranda şiddete maruz kalması, erkeklerin genellikle babalar tarafından cezalandırılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada kadınların %16,2'sinin, erkeklerin ise %3,2'sinin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Taşçı (2003)'nin ebelerle yaptığı çalışmada, eşleri tarafından %10,9'unun fiziksel, %11,9'unun psikolojik ve %18,7'sinin duygusal şiddet gördüğü belirtilmiştir.(63)

Amirler tarafından uygulanan şiddete bakıldığında; kadınların %30,5, erkeklerin %26,9 oranında şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Yaş gruplarıyla amir tarafından şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte 46 ve üstü yaş grubu diğer gruplara göre daha fazla (%38,5) şiddete maruz kalmıştır.

Hekim, hemşire ve ebelerim iş yaşamlarında kendilerine yönelik şiddetle karşılaşma durumu incelendiğinde; cinsiyete göre şiddete maruz kalmada kadınların %55,8'inin erkeklerin %49,5'inin şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Meslek ve şiddet incelendiğinde; hemşireler %58,7 ile en fazla şiddete maruz kalan grup olmuştur. Altıntaş (2006) çalışmasında hemşirelerin %64,1'i şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.(40) Ayrancı ve arkadaşlarının 2001'de Eskişehir, Kütahya ve Ankara'da yaptığı çalışmaya göre; sağlık çalışanlarının herhangi bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı %50,8'dir.(13) Yine ayrancı 2006 çalışmasında kadınların daha sık şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir. (114)

Bolu'da yapılan bir çalışmada uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87,1'nin şiddete maruz kaldığı göstermiştir.(107)

İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %98,5'i sözel şiddete uğradıkları, %19,7'sinin de fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir.(108)

Çalışanların yaşları ile şiddete maruz kalma durumu incelendiğinde; yaşla şiddete uğrama arasında bir anlamlılık bulunmamaktadır.

Beder (2009) yaşa göre şiddete uğrama sıklığı incelendiğinde en sık %74,9 oranında 30-39 yaş aralığında bulunan sağlık çalışanlarının şiddete uğradığını tespit etmiştir.(28)

Çalışmamızda çalışma yılı ile şiddet durumu incelendiğinde 6-14 yıl arasında çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete uğrama riski daha yüksek olduğu bulunmuştur.(109) Bu sonuçlara

bakılarak, tecrübenin kendine yönelik şiddeti engellemede tek başına yeterli olmadığını göstermiştir. Her çalışma yılında sağlık çalışanı şiddet ile karşı karşıya kalmıştır.

Bizim çalışmamızda hemşire, hekim ve ebelerim hasta tarafından şiddete uğrama durumu incelendiğinde; ebelerin %32,5, hemşirelerin %28,2 ve hekimlerin %28,6 oranında şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Hekimlerin %38,1'i, hemşirelerin %40,8'i ve ebelerin %38,1'i hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.

Kocadağ (2009)'ın çalışmasında sağlık çalışanlarına fiziksel şiddeti uygulayan saldırganların çoğunluğu hasta (%31) ve hasta yakını (%41,4) iken sözlü kötü davranış; hasta (%16,9), hasta yakını (%34,7) ve yönetici/amir (%20,2), zorbalık/yıldırma; hasta (%14,1), hasta yakını (%23,5), yönetici/amir (%23,5), olarak bulunmuştur. (7)

Altıntaş (2006) çalışmasında saldırganların %56,7 (315) gibi büyük kısmı hasta yakını iken, %37,4 (208)'ü hastadır. %3,2 (18)'si hekim, %1,1 (6)'i çalışma arkadaşından, %0,9 (5)'u teknik personel, %0,4 (2)'ü hizmetli personel, %0,2 (1)'si dışarıdan biri tarafından gerçekleştirildiğini belirlemiştir. Yapılan çalışmalar hasta yakınlarının daha fazla şiddete meyilli olduklarını göstermiştir.

Çalışmamızda hekimlerin %74,3'ü hemşirelerin %73,2'i ve ebelerin %67,5'i KYŞ olgusu ya da şüphesiyle karşılaşmıştır. Yayla (2009) çalışmasında iş yaşamında kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma durumuna göre hemşirelerin %64,9'unun, ebelerin %69,5'inin, hekimlerin %87,0'ı kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarını saptamıştır.(78)

Arabacı ve Uysalın (2008) çalışmasında, sağlık çalışanlarının %66,7'si çalışma yaşamları boyunca en az bir kez aile içi şiddet olayı ile karşılaştıklarını bildirmiştir.

Davas ve Saçaklıoğlu (2003)'nun yaptığı çalışmada hekim ve hemşirelerin %66,1'i daha önce aile içi şiddete uğramış bir kadın hastalarının, %41,9'u ise bir yakınlarının bulunduğu ifade etmiştir.

Yapılan çalışmaların çoğunda KYŞ ile karşılaşan sağlık çalışanı %66 civarında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise yaşamı boyunca en az bir kez KYŞ ile karşılaştığını ifade eden personel oranı %71,3 olarak bulunmuştur. Bu farklılığın bizim çalışmamıza kadar geçen dönemde, sağlık personeline verilen kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin hizmet içi eğitim sayısının ve kadına yönelik şiddete karşı hassasiyetin artmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

### **5.3.1 Hekim, Hemşire, Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusuna İlişkin Eğitim Durumlarının İncelenmesi**

Hekim, hemşire ve ebelerin gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrasında Kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alması şiddetin tanınması ve yasal işlemlerin yapılması konusunda hayati önem taşımaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ülke genelinde 75.000 sağlık çalışanına eğitim vermek amacıyla bakanlıklar arasında 'Kadına karşı şiddetin önlenmesinde sağlık personelinin rolü ve uygulanılacak prosedürler eğitimi projesi protoklü'nü imzalamıştır. (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri genel müdürlüğü 2008) Bu çalışma sağlık personelinin bilgi ve tutumunu geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin %76,7'sinin, hemşirelerin %74,3'ünün ve ebelerin %80,5'inin mezuniyet öncesinde KYŞ eğitimi almadıkları tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yayla çalışmasında hekimlerin mezuniyet öncesinde %82,1 oranında eğitim almadıklarını bulmuştur. Çolak, Yayıcı ve İnanıcı (2001) Türkiye'de adli tıp eğitiminin durumunu değerlendirmek için Adli Tıp Anabilim Dalı bulunan 23 tıp fakültesinde yaptıkları çalışmada; fakültelerin eğitim programlarının %45'inde aile içi şiddet konusunun yer almadığı saptanmıştır. (113) Taşçı (2003) ile Kaya ve ark (2007)'nin çalışmasında hemşire ve ebelerin tamamına yakını öğrenimi sırasında ve mesleki çalışma süresi içinde eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. (63,97) Kıyak (2008)'in çalışmasında kadına yönelik şiddet konusunda hemşire ve ebelerin % 82,6'sının öğrenimi sırasında eğitim almadığı bulunmuştur.(10)

Katılımcılara mezuniyet öncesi alınan KYŞ eğitiminin yeterli olup olmadığı sorulduğunda; hekimlerin %83,3'ünün, hemşirelerin %78,2'inin ve ebelerin %73,7'sinin mezuniyet öncesi eğitimi yeterli veya kısmen yeterli buldukları saptanmıştır. Yayla (2009) çalışmasında hemşirelerin %63,1'inin, ebelerin %57,2'sinin ve hekimlerin %67,9'unun aldıkları eğitimi yeterli veya kısmen yeterli bulduklarını ifade etmiştir.

Yapılan tüm çalışmalar ülkemizdeki sağlık eğitim sisteminde KYŞ konusundaki eğitimin yetersiz olduğunu göstermiştir. Aile içi şiddetin önlenmesi için, sağlık personelinin konu hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve duyarlı davranabilmesi için mesleki eğitimlerinde kadına yönelik şiddet konusunun daha çok yer alması gerekmektedir.

Mezuniyet sonrası KYŞ eğitimi alma durumu incelendiğinde; çalışmaya katılan Ebelerin %79,5'inin Hekimlerin,%69,9'unun ve hemşirelerin %57,5'inin KYŞ eğitimi aldığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (P<0,005). Ebeler daha yüksek oranda KYŞ eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin daha yüksek oranda eğitim alması, verilen eğitimlerin öncelikle ebe grubundan başlatılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Yayla (2009)'nın çalışmasında mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alınması hemşirelerde %0,9 oranında, ebelerde %2,1 oranında ve hekimlerde ise %2,4 olduğu saptanmıştır.(78) Kıyak (2008)'in çalışmasında kadına yönelik şiddet konusunda hemşire ve ebelerin % 94,2'sinin meslekte çalışma süresi içinde KYŞ eğitim almadığı bulunmuştur. (10) Benzer bir çalışmada katılımcıların sadece %3,6'sı kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim programına katıldığı belirlenmiştir.(69)

Yapılan çalışmaların bizim çalışmamızdan farklı olması çalışmanın yapılma yılından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık müdürlüğü tarafından verilen KYŞ'i tanıma hizmet içi eğitim dönemi ile bizim çalışmamızın aynı dönemde olması bilgilerin taze olması da önemli bir etkidir. Ancak bizim çalışmamızla eğitim döneminin çakışması henüz eğitim almamış kişilere de anket uygulanmasına neden olmuştur.



### 5.3.2. Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ İle Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Durumlarının İncelenmesi

Sağlık kurumlarında KYŞ ile ilgili prosedürün/talimatın varlığı, personelin KYŞ olgusu ya da şüphesi ile karşılaşılması durumunda izlenilecek yolu göstermesi, yasal hakların bilinmesi açısından oldukça önemlidir.

İş yerinde KYŞ ile ilgili prosedür var cevabı verenlerin %90,6'ı bildirim yaparım cevabı verirken; prosedür yok diyenlerin % 74,9'u bildirim yapmam cevabı vermiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.( $P < 0,005$ )(tablo14)Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla benzer niteliktedir. Akan ve ark. (2008) çalışmasında hemşire ve ebelerin %40,9'u çalıştıkları kurumun şiddet konusunda başka bir kurumla işbirliği içinde olmadığını bildirmişlerdir.(112) Yayla (2009) çalışmasında hemşirelerin %95,9'unun, ebelerin %91.5'inin ve hekimlerin %89.4'ünün prosedür/talimatın olup olmadığını bilmediğini veya olmadığını belirtmiştir.(78)

Kurumlarında KYŞ prosedürün varlığını bilmediğini ifade eden kişilerin sayılarının fazla olması: çalışan personelin KYŞ konusunda bilgi eksikliğinin ve konuya gerekli önemi vermediğinin göstergesidir.

Çalışmamızda kadınların %80,9'unun ve erkeklerin %83,9'unun KYŞ olgusu ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapacakları saptanmıştır. Meslek gruplarına göre inceleme yapıldığında Hemşirelerin %82,2'si, ebelerin %78,9'u ve hekimlerin %84,8'i bildirimde bulunacağını ifade etmiştir. Yayla (2009)'ın çalışmasında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında en yüksek oranda (%73,2) hekimlerin bildirimde bulunacağı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hekimlerin yüzdesi daha yüksektir. Bu durum, bizim çalışmamıza katılan hekimlerin aldıkları KYŞ eğitimine paralel cevap verdiğini düşündürebilir.

Mezuniyet sonrası KYŞ eğitim oranlarına bakıldığında eğitime rağmen bildirim yapma oranının çok düşük olduğu gözlenmiştir. Bildirim yapmayan sağlık çalışanı bildirim yapmayarak hem kendisini hem şiddete uğramış kişinin risk altında kaldığının farkında varamamıştır. Çünkü bildirim yapmak sağlık çalışanının yükümlülüğüdür.

T.C.K. Madde 279'da Kamu görevlilerinin, Madde 280'de ise sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi veya bildirim geciktirilmesinden doğacak cezai sorumluluktan bahsetmiştir.

*Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi*

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

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

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

Bildirim yapmama nedenleri incelendiğinde katılımcılarımızın %47,4'ü mağduru daha kötü duruma düşüreceğini düşündüğünden, %13,7'si yasal sürece ait bilgi yetersizliğinden, %2,1'i sorunu kendisinin çözeceğine inancından bildirim yapmam cevabı vermiştir. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.(78,94)

#### **5.4. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Sorularına Verilen Yanıtların İncelenmesi**

Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır diye sorulduğunda katılımcılarımızın %98,0'ı katılıyorum diyerek olumlu tutum sergilemişlerdir. Tunçel ve ark. (2007) 311 ebe ve hemşirelik öğrencisi ile yaptığı Araştırmaya göre; öğrencilerin %94,0'ü sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmadır cevabını vermiştir.(111) Özellikle sağlık çalışanının, kadına güven hissini vermesi, kişiye değerli olduğunu hissettirmesi, mağdura yardımcı olacağı hissini vermesi

iletişim açısından oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalardaki sonuç, çalışanların bunun bilincinde olduğunu göstermektedir.

Kadına yönelik şiddet önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmaya katılan 480 (%93,8) kişi KYŞ önemli bir sağlık sorunudur cevabını vererek olumlu tutum içerisinde bulunmuşlardır. Benzer çalışmalarda bizim sonucumuzu desteklemektedir. Yayla (2009) Hemşirelerin % 90,4'ü. ebelerin %91,6'sı, hekimlerin % 92,7'si kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu tespit etmiştir. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında, öğrencilerin %92,4'ü kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olarak belirtmişlerdir.(78,111)

Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulmalıdır. Sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir diyen 232 (%45,3) kişi olumlu tutum sergilemiştir. Yayla (2009), Tunçel ve arkadaşlarının çalışması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.(78,111)

Şiddete uğrayan kadına eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir diyen kişi sayımız 287 (%56,1) olmuştur. Tunçel ve ark. (2007) çalışmasında, şiddete uğrayan kadına öğrencilerin %32,9'u eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir şeklinde cevap vermiştir. (111)

Katılımcıların %59,8'i Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum sorusuna katılmıyorum cevabını vererek olumlu tutum sergilemişlerdir. Ersoy ve Eryılmaz (2008) çalışmasında, sağlık çalışanları %99,3'nün kadına yönelik şiddetin kadın sağlığını olumsuz etkilediğini ifade ettiği belirlenmiştir.(110)

Kadına yönelik şiddet aile içi özel bir sorundur sağlık çalışanının bu konuya karışması doğru değildir sorusuna 380 (%74,2) kişi katılmıyorum yanıtını vermiştir. KYŞ şiddet özel değil toplumsal bir sorundur. Bu sorunun saptanması, tedavi edilmesi ve yasal bildirim yapılması konusunda sağlık çalışanına birincil görev düşmektedir. Ancak ülkemizde şiddetle mücadele kolluk kuvvetleri ve adli mercilerin görevi gibi algılanmaktadır.

İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmayacağını düşünüyorum sorusuna %52,1 oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir. Yayla (2009) hemşirelerin %52,0'i, ebelerin %56,8'i ve hekimlerin %41,5'i katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulduklarını saptamıştır.(78)

Şiddete uğramış kadına öncelikle “eşinizi kızdıracak ne yaptığı” sorulmalıdır İfadesine; olumlu tutum sergileyen 385 (%75,2) kişi katılmıyorum yanıtını vermiştir. Hiçbir gerekçe insana şiddeti haklı gösteremez. Ersoy ve Eryılmaz (2008) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %63,3'nün şiddetin haklı nedeni olamayacağını düşündüğü ortaya çıkmıştır.(110) Altınay ve Arat (2007) çalışmasında ise kadınların dayacağı meşru görmedikleri ortaya çıkmış, her on kadından dokuzuna göre “haklı görülebilecek dayak yoktur” ifadesi belirtilmiştir.(9) Yayla'nın (2009) çalışması da benzer nitelikte sonuç göstermiştir.(78)

Şiddete uğramış kadına tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir ifadesine %58,2 oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir.

Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği kadının eşiyle birlikte dinlenerek anlaşılabilir sorusuna 186 kişi katılmıyorum cevabı vererek olumlu tutumda bulunmuştur. Ve bu sayı çok düşüktür. İnci derya çalışmasında hemşirelerin %46,8'i, ebelerin %40,0 katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin ise %44,7'si katılmadıklarını belirterek olumlu tutumda bulduklarını saptamıştır.

### **5.5. Hekim, Hemşire ve Ebelerin KYŞ Tutum Puanı ve KYŞBT Ölçek Puan Dağılımına İlişkin Bulguların ve Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Alt Ölçeğin Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

KYŞBT ölçek puanı ve KYŞ tutum puanları incelendiğinde; katılımcıların ortalama  $14,7 \pm 3,2$  tutum puanı ve 1 kişinin toplam 3 puan, 19 kişinin 20 puan aldığı saptanmıştır. Katılımcıların KYŞBT ölçek puanında ise ortalama  $18,6 \pm 3,7$  puan aldıkları, 3 kişinin 9 puan ve 2 kişinin 28 puan aldığı saptanmıştır. Kıyak (2008) çalışmasında HEKYŞBTÖ'den toplam puan ortalamasını  $17,07 \pm 3,40$  olarak

bulmuştur.(10) Yayla (2009) çalışmasında toplam KYŞBTÖ puan ortalamasını  $18,83 \pm 3,38$  olarak saptamıştır.(78) Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) hemşire ve ebeler üzerine yaptıkları çalışmada toplam ölçek puan ortalaması  $18,38 \pm 5,23$  olarak bulunmuştur. Sonuçlar benzer özelliktedir.(95)

Alınan mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlere bakıldığında; çalışmamıza katılan sağlık çalışanının mezuniyet sonrasında daha yüksek oranda eğitim aldığı belirlenmişti. Ancak yapılan diğer çalışmalarla bizim çalışmamız arasında alınan KYŞBTÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç, Malatya'da verilen eğitimin yetersiz olduğunu ve personelin konuya gerekli ilgiyi göstermediğini ortaya koymuştur.

KYŞ Tutum puanının katılımcıların cinsiyetine göre durumu incelendiğinde; KYŞ tutum puan toplamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Bayan katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 18) Katılımcıların cinsiyeti ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların duygusal ve fiziksel belirtiler alt puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 36) Altıntaş'ın (2006) çalışması bizi destekler niteliktedir.(40)

Katılımcıların yaşı ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların duygusal ve fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yaş grupları birbirine yakın puanlar almışlardır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 19,37) Yapılan benzer çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir.(40,78)

Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlara ilişkin alt ölçek puanları ortalamalarıyla katılımcıların meslek durumları incelendiğinde; fiziksel puan ortalamalarıyla meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, ( $p > 0,05$ ) (Tablo 38) duygusal puan ortalamaları ile meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Hekimler hemşire grubuna göre daha yüksek duygusal puan ortalamasına sahiptir. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 38) Katılımcıların KYŞBT ölçek

puanının mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; alınan ölçek puan toplamları ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 20). Hekim, hemşire ve ebelerin aldıkları KYŞBT ölçek puanı incelendiğinde hemşirelerin ölçek puanının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Meslek grupları arasında hemşire ve ebelerin aldıkları eğitim bakımından birbirine benzer özellik göstermesi beklenmektedir. Ancak hemşireler ebelere göre daha düşük toplam ölçek puanı almıştır. Ebelerin sağlık ocağı dışında da şiddete maruz kalmış kadınla karşılaşma olasılığının daha fazla olması ve KYŞ eğitimi alma yüzdesinin daha yüksek olması, hemşirelerden daha yüksek puan almasına sebep olmuş olabilir. Yayla (2009) çalışmasında hekimlerin hem duygusal, hem fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasında hemşire ve ebelerden daha yüksek puan aldığını saptamıştır.(78) Bu farkın alınan adli tıp dersinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmalara ilişkin alt ölçek puanları ortalamalarıyla katılımcıların mezun olunan okul durumları incelendiğinde; fiziksel puan ortalamalarıyla mezun olunan okul arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, ( $p > 0,05$ ) (Tablo 39) duygusal puan ortalamaları ile mezun olunan okul grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıp fakültesi mezunları SML ve SYO önlisans mezunlarından daha yüksek puan almışlardır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 39) Mezun olunan okula göre bilgi durumunun farklılık göstermesi araştırmamızın beklenen sonucudur. Yayla (2009) çalışmasında hemşire, hekim ve ebelerin eğitim durumlarına göre KYŞBT ilişkin toplam ölçek puanı ile alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulmuştur. (78) Kıyak (2008) çalışmasında HEKYŞBT ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının mezun olunan okula göre farklılık göstermediğini bulmuştur.(10)

Toplam KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puanının medeni duruma göre durumu incelendiğinde; medeni durum ile KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ) (Tablo22) Yayla'nın (2009) çalışması çalışmayı destekler niteliktedir.(78)

Katılımcıların KYŞ Tutum puan ortalamasının evlenme şekline göre durumu incelendiğinde; KYŞ tutum puan ortalaması ile evlenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 23 ).Diğer şekilde evlendim

cevabını veren katılımcıların anlaşarak ve görücü usulüyle evlenenlere göre daha düşük düzeyde puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Diğer grubumuzu kaçırılarak ve zorla evlendirme oluşturmaktadır. Kaçırılma ve zorla evlendirilme bir çeşit kadına yönelik şiddettir. Bunu kabullenen veya kabullenmek zorunda bırakılan kadının, birçok şiddet belirtisini şiddet olarak algılamadığı düşünülebilir.

Alınan KYŞBT ölçek puan ortalaması ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Anneleri okuryazar olmayan katılımcıların ölçek puan ortalamaları anne eğitimi ilköğretim, lise ve üstü eğitimi olan kişilere göre daha düşüktür. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 25) Hekim, hemşire ve ebelerin anne eğitim durumu ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Annesi okul bitirmemiş olan hekim, hemşire ve ebelerin diğer gruplardan daha düşük duygusal belirtiler puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 40)

Katılımcıların baba eğitim durumuna göre aldıkları KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların babalarının eğitim durumu ile KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır. (Tablo 26) Hekim, hemşire ve ebelerin baba eğitimi lise ve üstü olanların duygusal belirti alt ölçek puanının daha yüksek, babası okul bitirmemiş olanların ise daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan analiz de, eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 41)

KYŞBT ölçek puan ortalaması ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı istatistikî bir fark bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 3001 ve üstü olan grubun toplam ölçek puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 27)

Katılımcıların 3001 ve üstü geliri olanlar diğer gruplardan daha yüksek duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan analiz de, gelir durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 42) Bu durum maddi sıkıntısı olmayan kişilerin olaylara ve kişilere karşı daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların yaşamları boyunca şiddete maruz kalıp kalmalarıyla katılımcıların KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunamamıştır.(Tablo 28) Şiddete uğramış kişilerin şiddet belirtilerini daha iyi tanınması ve KYŞ'e ilişkin daha olumlu tutum sergilemesi beklenir. Şiddete maruz kalan kişilerle maruz kalmayan kişiler arasında puan farkının olmaması; şiddete uğrayan kişilerin bir süre sonra şiddeti kabullendiğini düşündürebilir.

KYŞ tutum puan ortalamasıyla amirleri tarafından şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık bulunmazken ( $p > 0.05$ ) (Tablo 30), KYŞBT ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 30)

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumu ile aldıkları KYŞ tutum puanı ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; mezuniyet öncesinde alınan kadına yönelik şiddet eğitimi ile alınan puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel bir fark bulunamamıştır. ( $p > 0.05$ ). Eğitimle alınan puanların paralel olması beklenmektedir. Ancak sonuçlar eğitimlerin yeterli olmadığını göstermiştir. Yayla (2009) çalışmasında mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alanların ( $n=81$ ) ,kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin toplam puan ortalamasının( $X=19,09 \pm 3025$ ) eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Ancak, hekim, hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamalarında mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alıp almamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını saptamıştır. Bu durumun mezuniyet öncesi eğitim programlarında kadına yönelik şiddete ilişkin ders programlarının önemsiz olduğunu göstermediğini, ancak eğitim programlarının gözden geçirilmesi gerektiğini savunmuştur.(78) Kıyak (2008) HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının öğrenimi sırasında eğitim alıp almama durumuna göre farklı bulunmadığını saptamıştır. HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamaları mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim alanlarda daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak farklı bulunmadığını belirlemiştir.(10) Yapılan tüm çalışmalar ülkemizde kadına yönelik şiddet ile ilgili verilen eğitim yetersiz olduğunu



bir kez daha göstermiştir. Kadına yönelik şiddet konusunda bütün bakanlıklara ve kişilere görev düşmektedir. Kişilerin gerekli duyarlılığı göstermesi, hem vicdani hem de kanuni yükümlülüğüdür

Hekim, hemşire ve ebelerin iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesi ile karşılaşma durumu ile kadına yönelik şiddet tutum puan ortalaması incelendiğinde; iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşan personelin karşılaşmayan personele göre daha yüksek tutum puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo33)

Katılımcıların karşılaştıkları kadına yönelik şiddet sayısı ile KYŞ tutum puan ortalaması incelendiğinde tutum puan ortalaması ile karşılaşılan kadına yönelik şiddet sayısı arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 34)

Hekim, Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde: Hekim, hemşire ve ebelerin fiziksel belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür (%86,5), Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir ve Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismar belirtisi değildir (% 68,9) şeklindedir. En az puan alan özellikler ise; Gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez (%45,1), Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir. (%49,6)

Sibel çalışmasında hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile; kadının sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olmasının istismar belirtisi olmadığını bilme (% 85.4), kadının genital bölgesindeki görülen çürük ve yaraların istismarı düşündürmesi (% 81.7) ve kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesinin istismar edildiğini gösterdiğini bilmesi (% 77.7) şeklinde bulmuştur.

Yayla (2009) çalışmasında kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür" maddesine fiziksel şiddet belirtileri arasında en yüksek oranda (%91,6) doğru olarak cevabın verildiğini saptanmıştır.(78) Çalışmada çalışmamızla benzer özellik göstermektedir.

Duygusal belirtilerden; en çok doğru cevap alan soru istismar edilen kadının donuk bir yüz ifadesi vardır (%83,0) olmuş onu %78,1 ile istismar edilen kadın göz iletişimi kurmaktan kaçınır cevabı izlemiştir. En az doğru cevap verilen ise sık sık evini terk eden kadınların istismar edildiği düşünülmez cevabı olmuştur.(%16,0)

Kıyak (2008) çalışmasında hemşire ve ebelerin *duygusal belirtilerden* en fazla doğru cevap verdiği üç özellik sırası ile istismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinmesi (%86,6), donuk bir yüz ifadesi olması (%78,7) ve yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmaması (%70,1) şeklinde saptamıştır.(10)

Yayla "İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar" maddesine duygusal şiddet belirtileri arasında en yüksek (%87,7) oranda doğru olarak cevap verildiğini saptamıştır. "İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır" maddesine %86,8 oranında, "İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri sık görülür" maddesine %75,0 oranında, "İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar" maddesine %67,0 oranında doğru cevap verilirken; "Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür" duygusal şiddet belirtileri arasında en düşük (%11,8) doğru cevabın verildiğini saptamış. Yapılan çalışmalar benzer özellik göstermektedir.(78)

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Malatya merkez sağlık ocaklarında görev yapan sağlık çalışanlarının; şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeyleri konusunda yürütülmüş olan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1.Araştırma kapsamına giren sağlık personelinin %81,8'i kadın, %18,2'si erkektir.

2.Katılımcıların %35,5'i 36 ve üstü yaş grubundadır.

3.Katılımcıların çoğunluğu (%36,5) sağlık yüksek okulu önlisans mezunudur.

4.Katılımcı annelerinin sadece %16,8'i lise ve üstü okul mezunu iken babaların %43,4'ü lise ve üstü okul mezunudur. Özellikle hekim anne-babasının eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin anne-baba eğitimleri daha düşük düzeydedir.

5.Katılımcıların yarıdan fazlası evlidir(%76,2) ve anlaşarak(%69,3) evlenmiştir.

6.Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun eşi üniversite mezunudur.(%72,8)

7.Katılımcıların ortalama çalışma süreleri $12,1\pm 7,3$  yıldır. Çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

8.Katılımcıların %51,8'i yaşamı boyunca en az 1 kere şiddete maruz kalmıştır. Hemşirelerin %55,4'ü, ebelerin %52,1'i ve hekimlerin %43,8'i yakınları tarafından şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Şiddeti uygulayan anne, baba, eş ve yakın akrabalar incelendiğinde; cinsiyete göre şiddet uygulayan anne, eş ve akraba arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, babaların erkeklere daha fazla şiddet uyguladığı ortaya çıkmıştır.

9. Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin yarısından fazlası (%54,7), hasta, hasta yakını ve kendi çalışma arkadaşı tarafından en az 1 kere şiddet görmüştür. Şiddet görme olasılığı cinsiyet, yaş ve mesleğe göre farklılık göstermemiştir.

10.Sağlık çalışanlarının %22,9'u mezuniyet öncesinde, %68,4 mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almıştır. Mezuniyet sonrasında alınan eğitim oranının yüksek olmasına karşın eğitim alan personelle almayan personel arasında, tutum puan ortalamaları ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

11.Hekimlerin %74,3'ü, hemşirelerin %73,2'i ve ebelerin %67,5'i iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşmıştır.

12.Sağlık personelinin %81,8'i şiddet olayı ya da şüphesiyle karşılaşma durumunda bildirim yapacağını ifade etmiştir.

13.Araştırmaya katılan personelin %18,2'si bildirim yapmayacağını ifade etmiştir. Bildirim yapmayacağını ifade eden kişilere neden bildirim yapmasın diye sorulduğunda; %47,4'ü "mağduru daha kötü duruma sokmaktan korkarım" cevabını vermiştir.

14.Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin toplam ölçek puan ortalaması  $18,6 \pm 3,7$  olarak bulunmuştur. Katılımcılar en düşük 9 en yüksek 28 puan almışlardır. Hekim, hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum puan ortalamaları  $14,7 \pm 3,2$  olarak belirlenmiştir. Katılımcılar en düşük 3, en yüksek 20 tutum puanı almışlardır. Bu ortalamalar literatürle benzerdir.

15.Kadınların erkeklere göre kadına yönelik şiddete ilişkin daha olumlu tutum sergilediği bulunmuştur.

16.Kaçırılarak ve zorla evlendirilenler daha düşük tutum puan ortalamasına sahiptir.

17.İş yerinde şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşan sağlık personeli daha yüksek tutum puan ortalamasına sahiptir.

18.Hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin ölçek puan ortalamaları hekim ve ebelere göre daha düşüktür.

19.Annesi okul bitirmemiş olan katılımcıların daha düşük ölçek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

20.Katılımcıların gelir durumları da kadına yönelik şiddete bakış açılarını değiştirmiştir. Gelir düzeyi daha iyi olan personelin daha yüksek ölçek puan ortalaması olduğu gözlenmiştir.

21.Katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma alt ölçeğin puan ortalamalarına ilişkin bulgular bize; cinsiyet ve yaş farklılığının alınan alt ölçek puan ortalamasını etkilemediğini göstermiştir. Bununla birlikte hekimlerin, gelir düzeyi daha iyi olan personellerin daha yüksek duygusal ölçek alt puan ortalamasına sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca anne-baba eğitim durumu düşük olan katılımcılar, daha düşük duygusal alt ölçek puan ortalamasına sahip olmuşlardır.

22.Katılımcıların kadına yönelik şiddetin fiziksel ve duygusal belirtilerini bilme durumları incelenmiş ve fiziksel belirtiler ile duygusal belirtileri tanıma yüzdeleri düşük çıkmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

### **Öneriler:**

1- Bireylerin eğitimi ailede başlar. Özellikle çocukların eğitimi sırasında cezai uygulamalardan mümkün oldukça kaçınılmalıdır. Çalışmamızda babaların erkek çocuklarına daha fazla şiddet uyguladığı bulunmuştur. Babaların çocuklarını eğitirken daha duyarlı davranması gerekmektedir. Çocuklara, doğrular ceza vererek değil ödüllendirerek öğretilmelidir. Unutmamalıdır ki kendisi de geleceğin babası için bir rol modelidir.

2- Katılımcılarımızın yarısından fazlası iş yaşamında en az 1 kere kendine yönelik şiddet ile karşılaşmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetle ilgili özlük hakları bağlamında 'işyeri güvenliği ve şiddet tazminatı' getirilmelidir

3- Şiddetin kanıksanması, sıradanlaşması ve günlük yaşamın bir parçası olarak görülmesi yeni şiddet olaylarının daha da artarak devam etmesine neden olacaktır. Bu bağlamda kurumlar/yöneticiler işyeri şiddeti olaylarına karşı her düzeydeki sağlık

personelinin eğitimlerle bilinçlendirilerek farkındalığın arttırılmasına ve şiddete karşı bilinçli bir tutum ve davranış geliştirilmesine öncülük etmelidir.

4- Sağlık çalışanlarında mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet eğitimi alanların oranı düşük çıkmıştır. Mezuniyet sonrasında alına kadına yönelik şiddet eğitiminin ise yetersiz olduğu saptanmıştır. Eğitim kalitesinin artırılması için;

a- Tıp fakülteleri ile sağlıkla ilgili diğer fakülte ve yüksek okullarda şiddetin nedenleri ve önlenmesi ile ilgili dersler müfredat programına alınmalı ve etkinliği sürekli kontrol edilmelidir.

b- Tıp Fakültesi ve diğer sağlıkla ilgili fakülte ve yüksel okullarda verilen şiddet eğitimleri aynı seviyede verilerek meslek grupları arasındaki bilgi farkı ortadan kaldırılmalıdır.

c- Sağlık personeline şiddetin nedenleri, şiddeti engelleme ve mücadele etme yöntemleri konularında hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir ve sonuçları düzenli olarak kontrol edilmelidir.

5- Kurumda şiddet olaylarına karşı standart bir form geliştirilmeli ve her türlü şiddet olaylarının büyük ya da küçük olay olup olmadığına bakılmaksızın kaydedilmesi ve bildirilmesinin teşviki sağlanmalı, çalışanlar bu konuda cesaretlendirilmeli ve ayrıca geri bildirimler alınarak şiddet formları güncellenmelidir.

6- Şiddet olaylarını önlemeye ve etkilerini azaltmaya yönelik olarak disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

7- Kadınların kadına yönelik şiddete ilişkin daha olumlu tutum sergilediği bulunmuştur. Erkeklerin de kadına yönelik şiddet konusunda daha duyarlı hale gelmesi için erkeklere şiddetin sonuçları hakkında eğitim verilebilir.

8- Evlenme şekli şiddete bakış açısını değiştirmektedir. Kaçırılarak ya da zorla evlendirilen personel şiddete daha duyarsız kalmaktadır. Bu yüzden kaçırılarak ya da zorla evlendirmelerin önüne geçmek için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

9- Daha bilinçli anne, baba ve eş için halk eğitim programları düzenlenmelidir.

10- İlkokuldan başlayarak tüm okullarda şiddet ve sonuçlarıyla ilgili dersler müfredat programına alınarak uzun vadeli koruma ve önleme sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Akın A, Üner O, Özaydın N.(1998). Kadın ve Şiddet. *Sağlık ve Toplum*. 1998;8: 73-78.
2. Eryılmaz, G. (2001). Aile İçi Şiddet Kadın Sağlığı ve Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*. 5:19-24
3. Aslan, Ö., Lofçalı A., Uğur, İ., Tuğlu, A.,(2005), Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005; 47:18 – 23.
4. United Nation, (2006). Report of the Secretary-General, In-depth study on all forms of violence against women. 61st session of the General Assembly, Item 60 (a) on advancement of women. A/61/122 Add. 1; United Nation (2006). Ending Violence against Women-From words to action-Study of the Secretary General, United Nations Publication, 2006.
5. Mavili, Aktaş A, (2007). “Aile İçi Şiddet”, *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, Sayı:43 Yıl:2007-08 Doğu Batı Yayınları.
6. Özbudun. S., Demirer T., Sarı, C., (2007). “Küreselleşme-Kadın ve Yeni Ataerki” Ütopya Yayınları, Ankara.
7. Kocadağ, S.,(2009). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerindeki Sağlık Çalışanlarında İş Yeri Şiddeti ve İlişkili Etmenler Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Tıpta uzmanlık tezi. Ankara.
8. World Health Organization. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO Pres.
9. Altınay, A.G. Arat Y., (2007). Türkiye’de Kadına yönelik Şiddet. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri.
10. Kıyak, S., (2008). Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Konya.



11. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
12. Turhan, E., Güraksın A., İnandı T.,(2006). Erzurum’da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Sağlık ve Toplum*. 2006;16:24-30
13. Ayrancı, Ü., Günay, Y., Ünlüoğlu, İ.,(2002). Hamilelikte Aile İçi Eş Şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3:75-87
14. Dindaş, H., Ege, E.,(2009). Kadına Yönelik Eş şiddetinin Sosyo-Ekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009;3:5-17.
15. Yanikkerem, E., (2002). 15–49 Yas Evli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşlerinin ve Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
16. Altun, M., (2006). Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yaş Evli Kadınların, Fiziksel Şiddet Görme Durumları ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Denizli.
17. Güler, N., Tel, H., Özkan, F., (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 27(2):51-56.
18. Tel, H., (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2),1–9.
19. Yaman, Ş., Ayaz, S.,(2010). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadınların Aile İçi Şiddete Bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:23-29
20. McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., De Chant, H.K. ve diğerleri. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123,737-746

21. Pakieser, R.A., Lenaghan, P.A. ve Muelleman, R.A., (1998). Battered Women: Where They Go for Help. *Journal of Emergency Nursing*, 24(1), 16-19.
22. Dişsiz, M., Hotun, Ş. N., (2008). Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:1,Sayı:1. Sayfa:50-58.
23. Yaman, E. Ş., (2009). Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde “Değişim Modelinin” Kullanılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.2009:130-135.
24. Baysan, L., (2003). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
25. Uzun, Ö., Bag, B., Özer, N., (2001). İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerine Etkileri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 4, Sayı1,2001.
26. Şiddet Sempozyumu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Eylül; 2007.
27. M., Dorota, R., Joanna, M., Agnieszka, K., Andrzej, JN., Joanna, (2006). *European Psychiatry*, 21(2006)442-450.
28. Beder, C., (2009). Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta veya Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Erzurum.
29. Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu C.,(2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 147-154.
30. Yekeler, B.,(2010). Malatya’da Kırsal Bir Bölgede Ergenlik Dönemindeki Gençlere Yönelik Şiddet ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim dalı Yüksek Lisans Tezi. Malatya.

31. World Health Organization, (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO Pres.
32. Kula, A., (2009). Kocaeli Üniversitesi 2008-2009 Akademik Yılı 1. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinin Evlilikte Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi Kocaeli.
33. Biriken, H.,(2008). Kadına Yönelik şiddet Neden Bir Sağlık Sorunudur 1. Kadın Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Sf: 109–111 Ankara.
34. Aksoy, F., (2008). Psikolojik Şiddetin (mobbing) Sağlık Çalışanına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
35. Yam, M., (2000). Seen but Not Heard: Battered Women's Perceptions Of the End Experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470.
36. Salaçin, S., Ergören, T.A., Uyaniker, D.Z., (2009). Kadına Yönelik Şiddet. *Klinik Gelişim, Adli Tıp Özel Sayısı* 22: 95–100
37. Şahin, N., Dişsiz, M.,(2009). Sağlık Çalışanlarında Aile İçi Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:6 Sayı:2
38. Vahip, İ., (2002). Evdeki Şiddet Ve Gelişimsel Boyutu, Farklı Bir Açıdan Bakış, *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(4):312-319
39. Akyön, F.V.,(2008). İş Yerinde Çalışanların Bireysel Çatışma Yöntemi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul.
40. Altıntaş, N., (2006). Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. İstanbul üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
41. Vatandaş, C., (2003). Aile ve Şiddet; Türkiye'de Eşler Arasında şiddet, Afyon, Uyum Ajans Yayınevi.

42. Akkaya, Ş.G.,(2010). Aile İçi Şiddet Kavramı ve Aile İçi Şiddetin Uluslar Arası Ve Ulusal Hukuki Belgelerdeki Düzenlemesi. İstanbul Üniversitesi Özel Hukuk Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
43. Gjokaj E., (2010). Kadın ve Şiddet: Arnavutluk Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.
44. Uçar, S.M.,(2007). İstanbul Ümraniye İlçesi Kazım Karabekir Mahallesinde Yaşayan Kadınların Şiddet Tanımları ve Şiddete Yaklaşımların Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
45. Kapıcıoğlu, İ.,(2007). Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Algısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Konya
46. Krug, Etienne G., Mercy, J.A, Dahlberg, Linda L., Awi, A.B. (2002). The World report on violence and health. The Lancet, Vol 360.
47. Dutton,M.A., Goodman, L.A., Bennett, L (1999). Court-Involved Battered Women's Responses to Violence: The Role of Psychological, Physical and Sexual Abuse, Violence and Victims. Vol.14 (1), 89-104.
48. Coker, A.L., Smith P.H., McKeown R.E, King M.J. (2000). Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by type: Physical, Sexual and Psychological Battering, American Journal of Public Health, Vol 90 (4), 553-559.
49. Basile, K.C., Arias I., Desai, S., Thompson M.P. (2004). The Differential Association of Intimate Partner Physical, Sexual, Psychological and Stalking Violence and Posttraumatic Stress Symptoms in Nationally Representative Sample of Women. Journal of Traumatic Stress, Vol. 17, 5, 413-421.
50. Pico-Alfonso M.A., Garcia-Linares, I., Celda-Navarro N., Blasco-Ros C Echeburua E. And Martinez M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male partner Violence on Women's mental Health: Depressive Symptoms,

- Pottraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women Health*, Vol 15 (5), 599-611.
51. Karaoğlu, L., Celbis, O., Ercan, C., Ilgar M., Pehlivan, E., Güneş, G., Genç, M.F., Egri, M., (2005). Physical, Emotional and Sexual Violence During Pregnancy in Malatya, Turkey. *European Journal of Public Health*, Vol. 16(2),149-156.
52. Demir, Ü.,(2000). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi*,3(1), 57-61
53. AMARGi. (2005). Kadınlara Yönelik Şiddet. Kadın Bilimsel ve Kültürel Araştırmalar Yayıncılık ve Dayanışma Kooperatifi. İstanbul.
54. Cengiz, M., (2008). Çocukların Aile içi şiddete uğramasına Neden Olan Sosyo-Ekonomik Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
55. Ovacık, A.C., (2008). Aile içi şiddetin Erkek Çocuğun Şiddet İçeren Suç İşleme Davranışına Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
56. Kılıç, M.N.,(2009). Kadına Yönelik Şiddet: Sosyo-psikolojik Arka Plan, Manevi Boyut, Hukuki Yaptırımlar, Ankara Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans Tezi. Ankara.
57. Timur, S., Ok, Ş.,(2001). Kadın ve Çocuklarda Cinsel Taciz. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik yüksekokulu Dergisi* cilt:4 sayı:2,69-73
58. Sezgin, H., (2007). Partneri Tarafından Şiddet Görmüş ve Kadın Sığınma Evinde Barınan Kadınların Kullandıkları Başetme Yöntemleri ile Algıladıkları Sosyal Desteğin Ruhsal Sağlıkları ile İlişkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.
59. Sümeri, N., (1997). “Kültür, Yasa ve Aile İçi Şiddet” 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı, Ankara, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, 19-21 Kasım 1997.
60. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. (2006) Low health- related ouality of life among abused women. *Quality of Life Research*.

61. Kemerli, N., (2004). Aile İçinde Kadına Yöneltilen Şiddet. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı s.41-58. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları.
62. Sevil, Ü., ve Yanikkerem, E., (2006). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. İzmir: Güven Kitabevi
63. Taşçı, N., (2003). Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2003;12-28
64. Akın, A.,(2008). Prof Dr. Ayşe Akın'ın Penceresinden Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimler. Birinci Baskı. Ankara, Hüksam yayınları,
65. Işıloğlu, B.,(2006). Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Sosyodemografik Faktörler Çift Uyumu ve Hastalıkla İlişkisi Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
66. Çifçi, Ö.,(2007). Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
67. Memiş, M.,(2010). Çalışan kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans tezi, Sakarya.
68. Okutan, N.,(2007). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet-Van'da Kadınların Şiddet Deneyimleri, Şiddeti Doğuran Koşullar ve Başetme Biçimleri, şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Van.
69. Kaplan, S., (2011) Kadına Yönelik Şiddet ile Mücadelede farklı Yöntemlerle Verilen sağlık Hizmetleri Eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
70. Yaman, E.Ş., (2010). Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Acil Servis Hemşirelerinden Beklentileri, Hemşirelerin Girişimleri ve Etkileyen Faktörler:

Niteliksel Bir Çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

71. Akalın, A., (2010). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Konya.
72. Erbaydar, P.N.,(2008). Kadına Yönelik şiddetin Sağlık Sonuçları ve Hekim Sorumluluğu Durumu. 1. Kadın Sağlığı Kongre Kitabı, sf:105-108 Ankara.
73. Aşıröz, M., (2006). Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci
74. Gürsoy, E.,(2008). Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımında Ebe ve Hemşireliğin Yeri ve Önemi 1.Kadın sağlığı kongresi 'kadına yönelik şiddet kongre kitabı s:149-152 Ankara.
75. Batuk, H.İ., (2002). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddette Sosyodemografik Özellikler ve Adli Tıbbi Yaklaşım. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
76. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi., (2002). *Toplumsal Yaşamda Kadın*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
77. Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı, (1996) Evdeki Terör: Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Mor Çatı Yayınları.
78. Yayla, i.D., (2009). Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
79. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. (1997). Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınevi.
80. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. (2001). Türkiye'de Kadın . Ankara: Can Matbaacılık .

81. Polat, O., (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olguların Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı.
82. KSGM. Kadına Yönelik Aile içi şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. Kadına Yönelik Aile İçi şiddetle Mücadele Projesi. KSGM Yayınları, 2008.
83. Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
84. Yaman, E.Ş., ve Ayaz, S., (2010). Kadına Yönelik Aile içi şiddet Ve Kadınların Aile İçi şiddete Bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 23-29.
85. Akın, A.,(2010). Tıp Alanında Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı İle Mücadele 2. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı S:32-42 Ankara.
86. Akın, A., (Ed). (2008). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. Ankara: AB, KSGM, T.C. Sağlık Bakanlığı, MFİB, UNFPA
87. Davas, A., Saçaklıoğlu, F., (2003). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde Görevli Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Bilgi ve Tutumu, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.
88. Sevil, Ü., Yanikkerem, E., (2006). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. İzmir Güven kitapevi.
89. Uysal, A., Arabacı, L.B.,(2008). Sağlık Çalışanı, polis ve Öğretmenlerin Aile İçi Şiddet Olgularına yaklaşımına yönelik Eğitim Programının Etkinliliği 1. Kadın Sağlığı Kongresi ‘ Kadına Yönelik Şiddet Kongre Kitabı’ s:171 Ankara.
90. Özberk, E., (2008). Şiddete Maruz Kalan Kadınlara Sunulan Hizmetler T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.



91. Özvarış, B., Demirören, M., Şener, S., Tümay, Ş., (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
92. Karınca, E., (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Hukuksal Durum ve Uygulama Örnekleri. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
93. Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Belediye Kanunu, İl Özel İdaresi Kanunu ve Mahalli İdari Birlikleri Kanundan Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Tarih:(2007). Resmi gazete no:5594, Başbakanlık Basımevi, Ankara
94. Kartal, G., (2008). Kadına Yönelik Aile içi şiddetin Önlenmesinde Sağlık Teşkilatının Rolü. I.Kadın Sağlığı Kongresi. Ankara.
95. Arabacı, L., Karadağlı, A.,(2006). Hemşire Ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme. *Sağlık ve Toplum*.
96. Türk Ceza Kanunu, tarih: 26.09.2004. kanun no: 5237. Başbakanlık Basımevi, Ankara.
97. Kaya ve ark (2007) Hemşire ve Ebelerin Şiddete Maruz Kalmaları ve Şiddete Bakışlarının İncelenmesi,11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, sf:485, Denizli.
98. Glass, N., Dearwater, S. ve Campbell, J.C. (2001). Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(2), 141-149.
99. Larkin, G.L., Hyman, K.B., Mathias, S.R., D'Amico, F. ve MacLeod, B.A. (1999). Universal Screening for Intimate Partner Violence in the Emergency Department: Importance of Patient and Provider Factors. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6), 669-675.
100. Abbott, J., (1997). Injuries and Illnesses Of domestic Violence. *Annals Of Emergency Medicine*, 29 (6) 781-785.

101. Yanikkerem, E., Kavlak, O., S, Ü., (Ocak- Nisan 2007). ‘Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri ve Sağlık Çalışanların Rolü’, *Kadın Çalışmaları Dergisi*, Cilt:2, Sayı 4.
102. Ekizzeleroğlu, R., Zeyrekli, S., (Ocak- Nisan2007). “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet’in Nedenleri ve Sonuçları”, *Kadın Çalışmaları Dergisi*, Cilt:2, Sayı:4
103. Solly, B., Marcia, L., Patrica, A., *Violence Against Women, Maternal Newborn Nursing Multi Media Sixth Edition* , 2000.
104. Özdemir, H.M., Ergöner, T.A., Sönmez, E., Can, Ö.İ., Köker, M., Salaçin, S., Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yaklaşımları. *Adli Bilimler Dergisi*.2006;5:7-13.
105. Harris, M., Dutton, M., Goodman, L., The Relationship beetwen violence dimensions and sypntom severity among homeless,mental III Women, *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10 :51-70.
106. Christofides, N., Silo Z., (2005). How Nurses Experiences of Domestic Violence influence Service Provision: Study Conducted in North- West Province, South Africa, *Nursing and Health Sciences*, 7(9), 9–14.
107. Erkol, H., Gökdoğan, MR., Erkol, Z., Boz, B.,(2007). Aggression And Violence Towards Health Care Providers--a Problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 14:423-428.
108. Ergün, F.S., Karadakovan, A.,(2005). Violence Towards Nursing Staff in Emergency Departments in One Turkish City. *Int Nurs Rev* 52: 154-160.
109. Barlow, CB., Rizzo, AG., (1997). Violence Against Surgical Residents. *West J Med* 167:74-78.

110. Ersoy, Ö.Ç., Eryılmaz, H.Y.,(2008). Sağlık Çalışanları Şiddete ve Konuya İlişkin Rollerine Ne Düşüyor, Ne Yapıyorlar? 1. Kadın Sağlığı Kongresi' Kadına Yönelik Şiddet' Kongre Kitabı Ankara S:164.
111. Tunçel, E.K., DüNDAR, C., Pekşen, Y.,(2007). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçi Şiddet konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17(2):105-110.
112. Akan, N., Fındıklı, M.Y., Alasya, E., Gökçakıroğlu, H.,(2008). Mersin'de 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde ve Polikliniklerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Şiddet Maruz kalan Kadınlara yaklaşımları. 1. Kadın Sağlığı Kongresi ' Kadına Yönelik şiddet 2. Kongre kitabı, Ankara S:213.
113. Çolak, B., Yayıcı, N., İnanıcı, M.A., (2001). Türkiye'de Mezuniyet Öncesinde Adli Tıp Eğitiminin Durumu. *Adli Tıp Dergisi*, 15(3):1-8.
114. Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balcı, Y., Kaptanoğlu, C., (2006). Identification Of Violence in Turkey Health Care Settings. *J interpers Violence* 21:276–296.
115. Cüceloğlu, D., (1993). İnsan ve Davranışı, Remzi Kitapevi, İstanbul.
116. Gömbül, Ö., (1998). Ailede Kadına Eşi Tarafından uygulanan Şiddet ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Hemşirelerin Tutumları ile Cinsiyet Rol Kalıpları arasındaki ilişki, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

**EK 1****BİLGİ FORMU****Değerli katılımcılar;**

Bu araştırma Malatya merkez Sağlık Ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

**ANKET NO:****A-Kişisel Özellikler**

1) Yaşınız .....

2) Cinsiyetiniz?

1. Kadın  
 2. Erkek

3) Mesleğiniz nedir?

1. Hekim  
 2. Hemşire  
 3. Ebe

4) Mezun olduğunuz okul;

1. Tıp Fakültesi  
 2. Sağlık yüksek okulu .lisans  
 3. Sağlık yüksekokulu önlisans  
 4. Sağlık meslek lisesi  
 5. Diğer (belirtiniz).....

5) Meslekte toplam çalışma süreniz?.....(ay / yıl)

6) Medeni durumunuz nedir?

1. Evli  
 2. Bekar (12.soruya geçiniz)  
 3. Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

7) Evlenme şekliniz;

1. Görücü usulüyle evlendim.  
 2. Anlaşarak evlendim.  
 3. Diğer (Yazınız) .....

8) Evlilik süreniz ?.....(ay/yıl)

9) Esinizin eğitim durumu nedir?

- 1. Okur-yazar değil
- 2. Okur-yazar
- 3. İlköğretim
- 4. Lise
- 5. Üniversite

10) Çocuğunuz var mı ?

- 1. Evet
- 2. Hayır (12.soruya geçiniz)

11) Kaç çocuğunuz var? .....

12) Eve giren toplam aylık geliriniz nedir?.....YTL

13) Ekonomik durumunuzu siz nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1. İyi
- 2. Orta
- 3. Kötü

14) Annenizin eğitim durumu nedir?

- 1. Okur-yazar değil
- 2. Okur-yazar
- 3. İlköğretim
- 4. Lise
- 5. Üniversite

15) Babanızın eğitim durumu nedir?

- 1. Okur-yazar değil
- 2. Okur-yazar
- 3. İlköğretim
- 4. Lise
- 5. Üniversite

16) Yasamanızın çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

- 1. Köy/kasaba
- 2. İlçe
- 3. İl
- 4. Metropol

**B. Ailede Şiddet Öyküsü ( Fiziksel Şiddet:** vurma, tokatlama, yumruklama, tekmeleme, yakma, bir laetle tehdit etme v.b.)

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

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

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

17) Yaşamınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?

1. Evet  
 2. Hayır

18) Yaşamınız boyunca aile içinde kaç kez şiddete maruz kaldınız?

1. 1/2 kez  
 2. 3/4 kez  
 3. 5/6 kez  
 4. 6+

19) Şiddeti uygulayan kimdi?

1. Baba  
 2. Anne  
 3. Eş  
 4. Akraba

20) Maruz kaldığınız şiddetin türü nedir?

1. Fiziksel  
 2. Duygusal şiddet  
 3. Cinsel şiddet  
 4. Ekonomik şiddet

21) Halen şiddete maruz kalıyor musunuz?

1. Evet  
 2. Hayır

22) Çocuğunuza hiç şiddet uyguladığınız oldu mu?

1. Evet  
 2. Hayır

**C. Mesleki Alanda Şiddetle Karşılaşma**

23) Meslek yaşamınızda kendinize yönelik şiddete maruz kaldınız mı?

1. Evet  
 2. Hayır

24) Şiddeti uygulayan kimdi? (1 den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- 1. Hasta
- 2. Hasta yakını
- 3. Kendi çalışma arkadaşım
- 4. Diğer.....

25) Amirleriniz tarafından şiddete maruz kaldınız mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır (27. soruya geçiniz)

26) Maruz kaldığınız şiddetin türü nedir?

- 1. Fiziksel
- 2. Duygusal şiddet
- 3. Cinsel şiddet
- 4. Ekonomik şiddet

27) Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır

28) Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Kısmen yeterli

29) Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı ?

- 1. Evet
- 2. Hayır

30) Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Kısmen yeterli

31) İş yaşamınız süresince herhangi kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı ?

- 1. Evet
- 2. Hayır

32) Yanıtınız evet ise, karşılaştırdığınız olgu sayısı

- 1. 1/2 kez
- 2. 3/4 kez
- 3. 5/6 kez
- 4. 7/8 kez
- 5. Daha fazla

33) İş yaşamınız süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

- 1. Öykü alma
- 2. Fizik muayene
- 3. Ruhsal muayene
- 4. Kayıt
- 5. Rapor hazırlama
- 6. İlgili Kurumlara gönderme / Yasal Süreç
- 7. Diğer.....

34) Çalıştığınız Kurumda kadına yönelik şiddete yönelik bir talimat / prosedür var mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Bilmiyorum

35) Kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

- 1. Evet
- 2. Hayır

36) Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

- 1. Soysal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşündüğüm için.
- 2. Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.
- 3. Konu ile uğraşmak istemediğim için.
- 4. Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.
- 5. Mağduru şimdiki durumundan daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için.
- 6. Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için .
- 7. Şüpheler doğru çıkarsa, kadının ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için .
- 8. Kime bildireceğimi bilmediğim için
- 9. Diğer.....



## EK 2

## HEMŞİRE, EBE ve HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETE İLİŞKİN TUTUM SORULARI

	Tutum Soruları	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Sorununu anlatan kadın dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır.			
2	Kadına yönelik şiddetin önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşünüyorum.			
3	Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır. Sormamak, görevini yapmamakla eşdeğerdir.			
4	Şiddete uğrayan kadına, eşinin bu davranışında kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir.			
5	Kadına yönelik şiddetin varlığını ortaya çıkarmanın kadının (kurbanın) sağlığına bir etkisi olmayacağını düşünüyorum.			
6	Kadına yönelik şiddet, aile içi özel bir sorundur, sağlık personelinin bu konuya kanışması doğru değildir.			
7	İş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanımın olmayacağını düşünüyorum.			
8	Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşinizi kızdıracak ne yaptı?" sorulmalıdır.			
9	Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir.			
10	Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir.			

**EK 3****HEMŞİRE, EBE ve HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK**

Aşağıda kadına yönelik şiddet belirtilerini içeren ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra bu ifadelerden doğru bulduklarınız için “Doğru” kolonunun altına, yanlış bulduklarınız için “Yanlış” kolonunun altına (X) işareti koyunuz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

	Belirtiler	Doğru	Yanlış
1	Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.		
2	Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
3	İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikayetleri vardır.		
4	Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.		
5	Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.		
6	Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
7	Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür		
8	Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.		
9	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür		
10	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.		
11	Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür		
12	İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar.		
13	İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.		
14	İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.		
15	İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.		
16	İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar		
17	İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.		
18	Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür		
19	İstismar edilen kadınlar, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.		
20	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.		
21	Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar olabilir		
22	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
23	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar		
24	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.		
25	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.		
26	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.		
27	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.		
28	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir		
29	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.		
30	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
31	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.		

07-04 2010

T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-605.04/- 7931  
KONU : Anket Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
(Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalı Başkanlığına)  
MALATYA

**İLGİ:** 25.02.2010 tarih ve 21 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı Yüksek Lisans öğrencisi Meryem SARIBIYIK'ın "*Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri*" konulu araştırmayı ilgi yazınız ile gönderilen listede isimleri belirtilen Merkez Sağlık Ocaklarında yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. H. Bayram ZENGİN  
Sağlık Müdürü




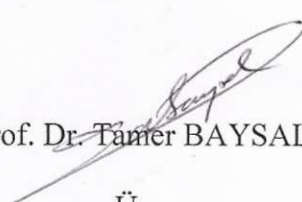
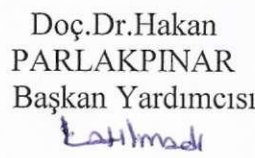
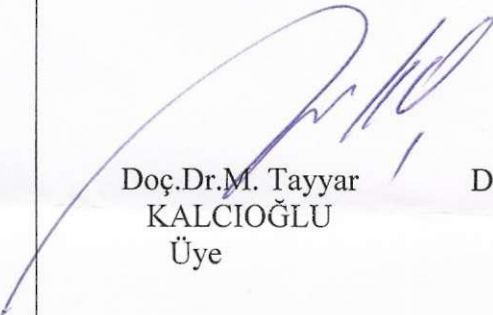
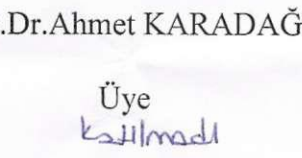
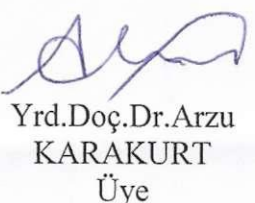
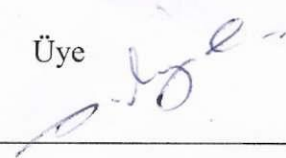
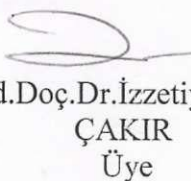
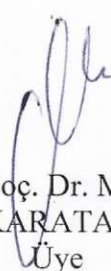
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**İNSAN ETİK KURUL KARARI**



Toplantı Tarihi : 03/05/2011  
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA  
Araştırmanın Protokol No.su : 2011/15  
Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı : Prof.Dr.Gülşen GÜNEŞ

“Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr. Metin GENÇ Başkan	 Prof. Dr. Tamer BAYSAL Üye	 Doç. Dr. Hakan PARLAKPINAR Başkan Yardımcısı Katılmadı
 Doç. Dr. M. Tayyar KALCIOĞLU Üye	 Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ Üye Katılmadı	 Yrd. Doç. Dr. Arzu KARAKURT Üye
 Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÇİĞLI Üye	 Yrd. Doç. Dr. İzzetiye Ebru ÇAKIR Üye	 Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ Üye

EK-6

## ANKET UYGULANACAK SAĞLIK OCAKLARI LİSTESİ

1	Malatya Merkez 1 Nolu Çavuşoğlu Sağlık Ocağı
2	Malatya Merkez 2 Nolu Çarmuzu Sağlık Ocağı
3	Malatya Merkez 3 Nolu Fırat Sağlık Ocağı
4	Malatya Merkez 4 Nolu Mücelli Sağlık Ocağı
5	Malatya Merkez 5 Noluadafi Sağlık Ocağı
6	Malatya Merkez 6 Nulukarakavak Sağlık Ocağı
7	Malatya Merkez 7 Noluyeşiltepe Sağlık Ocağı
8	Malatya Merkez 8 Nolu Taş Tepe Sağlık Ocağı
9	Malatya Merkez 9 Nolu Tecde Sağlık Ocağı
10	Malatya Merkez 10 Nolu Kernek Hasan Varol Sağlık Ocağı
11	Malatya Merkez 11 Nolu Sıtmapınarı Sağlık Ocağı
12	Malatya Merkez 12 Nolu Beydağı Sağlık Ocağı Sağlık Ocağı
13	Malatya Merkez13 Nolu Bahçebaşı Sağlık Ocağı
14	Malatya Merkez14 Nolu Çolaklı Sağlık Ocağı
15	Malatya Merkez15 Nolu Dilek Sağlık Ocağı
16	Malatya Merkez16 Nolu Hanımın Çiftliği Sağlık Ocağı
17	Malatya Merkez 17 Nolu Topsöğüt Sağlık Ocağı
18	Malatya Merkez Hasan Dernek Sağlık Ocağı
19	Malatya Merkez Çöşnük Eğitim Sağlık Ocağı
20	Malatya Merkez Erenli Sağlık Ocağı
21	Malatya Merkez Göztepe Sağlık Ocağı
22	Malatya Merkez İstasyon Sağlık Ocağı
23	Malatya Toki Sağlık Ocağı
24	Malatya Merkez Konak Sağlık Ocağı
25	Malatya Merkez Özalper Sağlık Ocağı
26	Malatya Merkez Sancaktar Sağlık Ocağı
27	Malatya Merkez Şahnahan Sağlık Ocağı
28	Malatya Merkez Yaygın Sağlık Ocağı

Not: 12.07.2010 Tarihinden itibaren Malatya İl Sağlık Müdürlüğü aile hekimliği sistemine geçmiştir.

## EK 7

### KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMA FORMU (ön yüz)

#### Giriş

“Kadınların yaşamında aile içi şiddet ve istismar çok yaygın, bu nedenle her hastama şiddet hakkında sorular sormaya başladım.”

“Aile içi şiddet, kişinin eşine, çocuklarına, ana-babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdittir. Halen evli olan, aynı evi paylaşan eski eş, eski nişanlı, eski kız ya da erkek arkadaşına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdidi içerir.”

“Soracağım sorulara vereceğiniz tüm cevaplar ve bilgiler gizli kalacaktır.”

#### Sorular

1. a. Son bir yıl içinde eşiniz veya ailenizin diğer üye/üyeleri size karşı hakaret, aşağılama veya küçük düşürücü davranışlarda bulundu mu? E  H
- b. Evet ise; son 1 ay içinde bulundu mu? E  H
2. a. Son bir yıl içinde eşinizden veya ailenizin diğer üye/üyelerinden tekmeleme, tokatlama, dövme, vurma gibi davranışlar gördünüz mü? E  H
- b. Evet ise; son 1 ay içinde gördünüz mü? E  H
3. a. Son bir yıl içinde eşiniz veya ailenizin diğer üye/üyeleri çalışmanızı engelledi ya da maddi olarak sizi sıkıntıya sokacak davranışlarda bulundu mu? E  H
- b. Evet ise; son 1 ay içinde bulundu mu? E  H
4. a. Son bir yıl içinde istemediğiniz halde, cinsel ilişkiye zorlandınız mı? E  H
- b. Evet ise; son 1 ay içinde oldu mu? E  H
5. Eşinizden veya ailenizin diğer üye/üyelerinden korkuyor musunuz? E  H

#### Sonuç

Birinci sorunun a veya b şikkının yanıtı “Evet” ise,

İkinci sorunun a veya b şikkının yanıtı “Evet” ise,

Üçüncü sorunun a veya b şikkının yanıtı “Evet” ise,

Dördüncü sorunun a veya b şikkının yanıtı “Evet” ise,

Beşinci sorunun yanıtı “Evet” ise,

Bütün soruların yanıtı “Hayır” ise,

**Sözel şiddet (+)**

**Fiziksel şiddet (+)**

**Ekonomik şiddet (+)**

**Cinsel şiddet (+)**

**Şiddet riski (+)**

**AİŞ (-)**

EK 7-1

15 yaş ve üzeri kadınla karşılaşma

AİŞ Tarama Formundaki soruları yönelt

Tüm yanıtlar "Hayır"

**AİŞ yok (-)**

Teşekkür ediniz ve broşür veriniz.

**\* Bilgilendirme**

Şiddet, kadının hakları ve alabileceği hizmetler konusunda bilgi veriniz.  
Şiddet kaynaklı belirtileri araştırınız.  
Gerekliyse psikolojik destek/danışmanlık için yönlendiriniz.

**\*\* Görüşme**

Şiddet öyküsü alınız ve AİŞ Kayıt Formunu doldurunuz.  
Şiddet, kadının hakları ve alabileceği hizmetler konusunda bilgi veriniz.  
Şiddetin etkilerini araştırınız, gerekirse tıbbi tanı ve tedavi için sevk ediniz.  
Risk değerlendirmesi yapınız.  
Gerekliyse, güvenlik planı geliştirmesine yardımcı olunuz.  
Gerekliyse, koruma hizmetlerine yönlendiriniz.  
Gerekliyse psikolojik destek/danışmanlık için yönlendiriniz.  
İzlem planı geliştiriniz.  
Polise bildirin.

Herhangi bir yanıt "Evet"

**AİŞ var (+)**



## EK 8

## KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Ön yüz)

<b>İL:</b>	
<b>Sağlık kurumu / Aile Hekimi</b>	<b>Formu dolduran</b>
.....	Adı-soyadı: ..... Görevi: .....
<b>Başvuru bilgileri</b>	
Kuruma başvuru tarihi: .... / ... / ..... saati: .....	
Başvuru nedeni: .....	
Kuruma geliş şekli: Yalnız <input type="checkbox"/> Yakınları ile <input type="checkbox"/> Çocukları yanında mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Kurumdan ayrılış tarihi: .... / ... / ..... saati: ..... Kurumda kalış süresi: ..... saat	
<b>Mağdur bilgileri</b>	
Adı-soyadı: ..... Doğum tarihi: .... / ... / ..... Uyuşuğu: T.C. _ Diğer .....	
T.C. Kimlik No: .....	
Öğrenim durumu: OYD <input type="checkbox"/> OY <input type="checkbox"/> İlkokul mez. <input type="checkbox"/> Ortaokul mez. <input type="checkbox"/> Lise mez. <input type="checkbox"/> Yüksek öğretim mez. <input type="checkbox"/>	
Medeni hali: Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Diğer .....	
Yaşayan çocuk: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> ..... kız ve ..... Erkek Yaşları.....	
Şu anda hamile mi: Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yaşadığı hanedeki kişiler: Yalnız <input type="checkbox"/> Birlikte yaşadığı kişi sayısı: ..... ve Yakınlıkları: .....	
Gelir getiren bir işte çalışma: Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> İşin tanımı: .....	
Sosyal güvence: Yok <input type="checkbox"/> Emekli sandığı <input type="checkbox"/> Bağ-kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> Diğer .....	
Kronik hastalık: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ .....	
Özürlülük: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ .....	
Sigara kullanma: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ Günde .... tane veya ..... paket	
Alkol kullanma: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ Günde / haftada / ayda .....kadeh.....şişe	
Bağımlılık yapan madde kullanımı: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız)_ Türü:.....	
<b>İletişim bilgileri</b>	
Adres: .....	
Telefon numarası: .....	
Ulaşılabilecek bir yakınımın adı-soyadı: ..... Telefon numarası: .....	
Yakınlık derecesi: .....	
<b>Şiddet öyküsü</b>	
Şiddet yakınması (kadının ifadesi ile): .....	
Şiddetin gerçekleştiği yer: Ev <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Okul <input type="checkbox"/> Sokak <input type="checkbox"/> Diğer .....	
Şiddetin gerçekleştiği tarih: ... / ... / ..... saat: .....	
Şiddetin türü (Görüşmecinin kararı): Fiziksel <input type="checkbox"/> Duygusal <input type="checkbox"/> Cinsel <input type="checkbox"/> Ekonomik <input type="checkbox"/>	
Şiddetin ciddiyeti (Değerlendirme skalasına göre)*: .....	
Şiddeti gerçekleştirenin yakınlık derecesi: ..... Cinsiyeti: ..... Yaşı: .....	
Şiddeti gerçekleştirenin özel durumu: Yok <input type="checkbox"/> Akıl hastası <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Zihinsel özür <input type="checkbox"/> Fiziksel özür <input type="checkbox"/> Diğer	
Şiddet için başka yere başvurdu ve yardım aldı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> .....	
Çocuklar da şiddete maruz kaldı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> yaş ..... cinsiyet ..... şiddet türü .....	
Çocuklar şiddete tanık oldu mu? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> yaş ..... cinsiyet .....	
Daha önce de şiddet uyguladı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Şiddetin devam etme süresi: .....	



**KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Arka yüz)**

<b>Risk değerlendirme</b>		
1.	Şiddet son bir senede artış gösterdi mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
2.	Failde alkol ve madde kullanımı söz konusu mu?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
3.	Fail sizi öldürmekle tehdit etti mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
4.	Evde silah bulunuyor mu?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
5.	Eve gitmeye korkuyor musunuz?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
<b>Sonuç</b>		
	Bilgilendirme yapıldı. (Yasal haklar, kadın ve çocuk koruma ve destek hizmetleri)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Güvenlik planı geliştirildi. (Eve dönüş)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	İleri tıbbi tanı ve tedavi için yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Kadın ve çocuk koruma hizmetlerine yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Psikolojik destek/danışmanlık için yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	İzlem planı yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Polise bildirildi.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Diğer (tanımla) .....	
<b>Notlar</b>		

**\* Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası:**

1. Şiddet tehdidi, silah ile birlikte
2. Tokatlama, itme (yaralanma ve uzun süreli acı yok)
3. Yumruklama, tekmeleme, yaralar, kesikler ve/veya devam eden acı
4. Ciddi sonuçlar, yanıklar, kemik kırılması
5. Baş ve/veya iç organlarda kalıcı yaralanmalar
6. Silah kullanımı, silahla yaralama



## **ÖZGEÇMİŞ**

05.11.1981.Kahramanmaraş doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Kahramanmaraş'ta tamamladı. 2001-2006 yılları arasında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunu tamamladı. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisansını tamamladı. Halen Malatya Battalgazi 1. Nolu Acil Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Memuru olarak çalışmaktadır.