



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM ve KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN KADINA YÖNELİK
ŞİDDETE VE ŞİDDETE MESLEKİ ROLE İLİŞKİN
TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAVİSE YALVAÇ KAÇAR

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ELİF GÜRSOY

2020



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM ve KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN KADINA YÖNELİK
ŞİDDETE VE ŞİDDETTE MESLEKİ ROLE İLİŞKİN
TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAVİSE YALVAÇ KAÇAR

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ELİF GÜR SOY**

2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nda "Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete Ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları' nı" değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır.

Yüksek lisans tezimin planlanmasında ve tüm aşamalarında desteğini gördüğüm, kendisinden çok şeyler öğrendiğim, tez danışmanım Doç. Dr. Elif Gürsoy'a en derin minnet ve şükranlarımı sunarım.

Uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlayan, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık profesyonellerine; teze katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Bu günlere gelmemi sağlayan sevgilerini her zaman kalbimde hissettiğim kıymetli aileme, bu yoğun çalışma temposu içerisinde bana her zaman destek olan, bir aile olabilmenin her türlü mutluluğunu ve konforunu yaşatan hayat arkadaşım Yunus Kaçar'a ve bana anneliğin mucizevi duygularını tattıran oğlum Emin Kayra Kaçar ve kızım Emine Kübra Kaçar'a en derin sevgilerimi sunarım.

ÖZET

Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları

Amaç: Bu çalışmada kadına sağlık hizmeti veren kadın hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın türü, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Çalışmanın evrenini, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık profesyonelleri; hekim, ebe, hemşire, diş hekimi, eczacı oluşturmaktadır. Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında, araştırma hakkında bilgi verilmiş, onamı alınmış, araştırmayı katılmayı kabul eden sağlık profesyonelleriyle, hastanede yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. 419 (%83) sağlık profesyoneli ile gerçekleştirilen çalışmada veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Veri Toplama Formu, Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği (ŞİTÖ) ve Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (ŞMRİTÖ) formları kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %84,7'si kadın, %71,1'i lisans ve üzeri mezunu, %57,8'i evli, %57,1'i 5 yıl ve üzerinde çalışmış, %29,12'si Ebe, %42,72'si Hemşire, 26.73'ü Hekim, %1,43'ü Eczacı /Diş hekimidir. Sağlık profesyonellerinin %62,29'u örgün eğitimde ve meslek hayatında şiddet konusu ile ilgili eğitim almadığı görülmüştür. Katılımcıların %74,2'si şiddet konusunda eğitim ihtiyacı olduğunu belirtmiş ve %67,8'i meslek hayatı boyunca kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşmış ancak; %32,7'si bildirim yapmamıştır. %60,1'i kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin rolü olduğunu ifade etmiştir. Sağlık profesyonellerinin şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına (28,90±8,60) göre; kadına yönelik şiddette geleneksellikten uzak ve çağdaş bir görüşe sahip oldukları saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumlarına ve şiddetle karşılaşma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği

saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette mesleki rollerine ilişkin ($10,36\pm4,95$) yardım edici, bilgilendirici ve destekleyici rolünü benimsedikleri saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette mesleki rollere ilişkin tutumları; yaş, medeni durum, eğitim durumlarına ve şiddetle karşılaşma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğu, geleneksellikten uzak modern görüşü yansıttığı bulunmuştur ($28,30\pm8.56$).

Sonuç: Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin; modern tutuma ve çağdaş görüşe sahip oldukları saptanmıştır. Sağlık profesyonellerine mesleki eğitim sırasında şiddet eğitimine daha geniş yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Kadına Yönelik Şiddet, Sağlık Profesyonelleri, Hemşirelik, Şiddette Tutum

ABSTRACT

The Attitudes of Health Professionals Towards Violence Against Women And Their Occupational Role About Violence

Aim: In this study, it is aimed to determine the attitudes of the health professionals working in the gynecology and obstetrics hospital that provides health services to women regarding the health professionals role in violence and violence against women.

Materials and Method: The type of the research is descriptive and cross-sectional. Our study universe is health professionals; includes doctors, midwives, nurses, dentists, pharmacists who is working at Ankara Etlik Zübeyde Hanım Gynecology Education and Research Hospital. Information about the research was given, consent was obtained, and it was gathered by hand at the hospital with fill in questionnaire method with health professionals who agreed to participate in the research between January-February 2020. In the study conducted with 419 (83%) health professionals, Descriptive Data Collection Form, Health Professionals 'Attitude Scale for Violence Against Women (HPVAWAS) and Health Professionals' Attitude Scale for Professional Occupational Roles (HPPORAS) forms were used. SPSS 20.0 statistics package program was used to analyze the data obtained in the research.

Results: 84,7% of the participants in the study are women, 71,1% are bachelor's level and post graduates, 57,8% are married, 57,1% have worked for 5 years and more, 29.12% are Midwives, 42.72% are Nurses, 26.73% are Doctors, 1.43% are Pharmacists / Dentists. 62.29% of health professionals have not been trained on violence in formal education and working life. 74.2% of the participants stated that they needed training on violence, and 67.8% health professionals saw women who got violence throughout their working life; 32,7% of them did not report. 60.1% stated that health professionals played a role in preventing violence against women. According to the general score average of the attitude scale of the health professionals regarding violence (28.90 ± 8.60); It has been determined that they have a modern view and far away from tradiotinal view about violence against women. Health professionals' attitudes towards violence against women; It was found that there were statistically significant differences in terms of age, gender, marital status, occupation, educational

status, and encounter women who got violence ($p < 0.05$). It has been determined that healthcare professionals have a helpful, informative and supportive role in the violence against women regarding their professional roles (10.36 ± 4.95). Health professionals' attitudes towards professional roles in violence against women; It was found that there were statistically significant differences according to age, marital status, educational status, and encounter of the situation about violence against women ($p < 0.05$). It has been found that healthcare professionals' attitudes towards professional roles in violence against women are positive and reflect the modern view that is far from traditional view ($28,30 \pm 8.56$).

Conclusion: Health professionals' regarding the violence of women and their professional roles in violence; It has been determined that they have a modern attitude and a contemporary view. Health professionals should be given more broad coverage of violence education during vocational training.

Key Words: Violence, Violence Against Women, Health Professionals, Nursing, Attitude in Violence

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şiddet Nedir?	4
2.2. Kadına Yönelik Şiddet	5
2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	7
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Türleri	8
2.4.1. Fiziksel şiddet.....	9
2.4.2. Cinsel şiddet.....	10
2.4.3. Psikolojik şiddet	10
2.4.4. Ekonomik şiddet	11
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Mevcut Durum	12
2.6. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Boyutu	14
2.7. Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Kurumlar	17
2.8. Sağlık Kurumlarının ve Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddetteki Rolü	18
2.9. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Hukuki Yükümlülükleri.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.4.1. Bağımsız değişkenler	23

3.4.2. Bağımlı değişkenler.....	23
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	23
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri	24
3.6.1. Tanımlayıcı veri toplama formu.....	24
3.6.2. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği (ŞİTÖ).....	24
3.6.3. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği (ŞMRİTÖ)	27
3.7. Araştırmanın İstatistiksel Analizi	29
3.8. Araştırmanın Getireceği Yenilikler.....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.10. Araştırmanın Etik Açıklamaları.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	31
4.1.1. Sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri	31
4.1.2. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim ve deneyimlerinin incelenmesi.....	34
4.2. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin İncelenmesi.....	39
4.3. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin İncelenmesi.....	51
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	72
8. EKLER.....	81
8.1. Aydınlatılmış Onam Formu (EK-1).....	81
8.2. Tanımlayıcı Veri Toplama Formu (EK-2)	82
8.3. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddetine İlişkin Tutum Ölçeği; (ŞİTÖ) (EK-3).....	84
8.4. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (ŞMRİTÖ) (EK-4).....	86
9. ÖZGEÇMİŞ	93

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	32
Tablo 4.2.	Sağlık Profesyonellerinin Çalışma Süreleri, Kadına Sağlık Hizmeti Verme Süreleri ve Çalıştıkları Birime Göre Dağılımları	33
Tablo 4.3.	Sağlık Profesyonellerinin Şiddet Konusunda Eğitim Alma Durumları ve Eğitimi Aldığı Zamana Göre Dağılımları	35
Tablo 4.4.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki İfadelerine Göre Dağılımları.....	37
Tablo 4.5.	Sağlık Profesyonellerinin Meslek Yaşamlarında Kadına Yönelik Şiddet Olgularıyla Karşılaşma, Bildirim Yapma ve Bildirim Yapılan Kuruma Göre Dağılımları.....	39
Tablo 4.6.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin (ŞİTÖ) Alt Grup ve Genel Puan Ortalamaları	40
Tablo 4.7.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımları.....	41
Tablo 4.8.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımları	43
Tablo 4.9.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	44
Tablo 4.10.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımları	46
Tablo 4.11.	Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	48

Tablo 4.12. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Şiddet Olgusu ile Karşılaştığında Bildirim Yapıp Yapmamasına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 4.13. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin Alt Grup ve Genel Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 4.14. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Yaşa Göre Dağılımları	53
Tablo 4.15. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Cinsiyete Göre Dağılımları.....	54
Tablo 4.16. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Mesleklere Göre Dağılımları	55
Tablo 4.17. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	57
Tablo 4.18. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Eğitim Durumuna Göre Dağılımları	58
Tablo 4.19. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Şiddet Olgusu ile Karşılaştığında Bildirim Yapıp Yapmamasına Göre Dağılımları.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB	: Avrupa Birliği
BKSGM	: Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi
CMK	: Ceza Mahkemeleri Kanunu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
RG	: Resmi Gazete
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet; faili tarafından, bir başkasına zarar vermek amacıyla bilinçli olarak işlenen, bedensel ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden, mağdurun yıkıcı bir korku yaşamasına yol açan bir eylemdir (Panitch ve Leys, 2009).

Ciddi bir toplumsal sorun olan kadına yönelik şiddet, sağlık ve insan hakları ihlali olarak tanımlanmakta ve varlığını tüm dünyada sürdürmektedir (Uluocak ve ark, 2014: 18).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında 79 ülkeden topladığı verilere göre; dünya da fiziksel ve cinsel şiddet gören kadın sayısı %30'un üzerinde olduğu raporlanmıştır. Şiddetin çoğu; aile içi şiddettir ve kadınların %30'u partnerleri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddet görmektedirler. Kadın cinayetlerinin %38'i ise, eşleri tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Aynı raporda kadınların Afrika'da %36.3'ü, Amerika'da %29.8'i, Avrupa'da %25.4'ü, Güneydoğu Asya'da %37.7'si eşleri tarafından şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (WHO 2013: 31-32).

2015 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan Kadına Yönelik Şiddet araştırmasında; kadınların %36'sı eşleri tarafından uygulanan fiziksel şiddete, %12'si cinsel şiddete, %44'ü ise tehdit, küfür, hakaret ve aşağılama gibi psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (HÜNEE, 2015). Yıldız'ın (2019) Iğdır'da yaptığı bir araştırmaya göre kadınların eşi tarafından %88.2'si fiziksel, %43.1'i sözel, %36.3'ü duygusal ve %3'ü cinsel şiddete maruz kalmaktır.

Kadına yönelik şiddet birey ve toplum için sağlık ve sosyal açıdan sorunlar oluşturabilmektedir. Kadına şiddetin, mağdur kadınlar için fiziksel rahatsızlıklar, jinekolojik hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, psikotraumatik ve panik bozukluklar gibi önemli sağlık sorunları yaratması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi birçok soruna doğrudan etkisinin olması halk sağlığı açısından dikkate alınması gereken bir konudur. Şiddet mağduru kadınların destek almak için başvurdukları ilk kurum sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlardaki sağlık profesyonellerinin mağdur kadına yaklaşımı, kadınların şiddet olayını gizlememesi ve sağlık profesyonellerinin şiddeti tanıyabilmesi açısından önemlidir (Polat, 2017).

Türkiye'de fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınların %89'u herhangi kurum ya da kuruluşa başvurmamıştır. Başvuruların, %7'si polise, %5'i aile

mahkemesine, %4'ü sağlık kurumuna, %3'ü savcılığa, %1'i baroya, %1'i jandarmaya olmuştur. Türkiye'de en fazla başvurunun polise yapılmıştır. Polise yapılan başvuruların %29'u kadının eşiyle uzlaştırılmasıyla, %23'ü tedbir kararı alınmasıyla, %41'i polisin başka kurum kuruluşa yönlendirmesiyle sonuçlanırken, başvuruların %13'ünde hiçbir işlem yapılmamıştır (Türkiye'de kadına Yönelik Aile İçi şiddet Araştırması, 2014).

şiddete maruz kalan kadının ilk karşılaştığı meslek gruplarından olan sağlık profesyonelleri; şiddet sonrası sağlık kurumuna başvuran kadınların %85'ine yaralanma nedenini sormuştur. Kadınların %37'si bir kurum ya da kuruluşa yönlendirilmiştir. Kadınların %75'i hizmet aldığı sağlık profesyonelinin tavır ve davranışlarından memnun olduğunu ifade etmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi şiddet Araştırması, 2014).

Kadına yönelik şiddet olgularının tanılanmasında, mağdurlara tıbbi bakım, destek, danışmanlık sunmada ve rehabilitasyonunda sağlık profesyonellerinin anahtar konumda olması beklenmektedir (Krug ve ark., 2002). Ancak Türkiye 'de yapılan bir çalışmaya göre; sağlık profesyonellerinin %70.5'i şiddet mağduru kadın ile karşılaşmış, %66.9' sının şiddet bildirimini yapmadığını, %34.8'i öykü almada, %24.6'sı raporlama ve yasal süreçte yetersiz kaldıklarını, %72.32'sinin şiddet ile ilgili bir eğitim almadığı belirtilmiştir (İ. D. Yaylacı, 2009). İstanbul'da 2017 yılında Öztürk ve Toprak tarafından hekim ve hemşirelerden oluşan kadın sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada; sağlık çalışanlarının %79,2'si şiddeti sağlık sorunu olarak değerlendirmiş, kadına yönelik şiddet vakası ile karşılaşması durumunda sağlık çalışanlarının %50,9'u kendini yetersiz hissettiğinden kadınları başka kurumlara yönlendireceğini ifade etmiştir (Öztürk G. Z., Toprak D., 2017).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette etkin rol almaları ve başarılı olabilmeleri için, şiddeti tanıma, şiddetin sözel ve sözel olmayan belirtilerini, şiddeti ortaya çıkaran etmenleri, şiddet döngüsünü, şiddete uğrayan kadını destekleyici girişimleri bilmeleri ve şiddete uğrayan kadın ve ailesine yardım etme bilgi ve becerisine sahip olmaları gerekir. (N. Koştu, 2003). Ancak ölkemizde Malatya'da 28 Aile Sağlığı Merkezinde hekim, hemşire ve ebeler ile yapılan araştırmaya göre, sağlık profesyonellerinin kadına yönelik eş şiddetini tanımada yetersiz kaldıkları ve bu konudaki tutumlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (M., Sarıbyık, 2012). Sağlık profesyonellerinin şiddet ve mesleki rolleri konusundaki

kendi duygu, düşünce ve tutumlarını bilmesi, şiddet mağduru kadınlara yardım edebilmesinde son derece önemlidir (Şahin N., Dişsiz M., 2009). Mardin ilinde yapılan bir araştırmada; sağlık profesyonellerinin %72,6'sı herhangi bir yakınının şiddet olayı yaşamış olmasının kadına yönelik eş şiddeti tutum ve uygulamalarında mesleki yaklaşımını etkileyeceğini ifade ederken; sağlık profesyonellerinin %43,6'sı şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanıyabileceğini, %22,8'i kadına yönelik şiddet vakası ile ilgilenirken kaygısının artacağını belirtmiştir (Kaya B. 2019).

Kadına yönelik şiddet, büyük bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumun şiddetten arınmasında, şiddetten korumada, şiddeti önleme, azaltma ve erken müdahalede sağlık profesyonellerine savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rollerinin gereği, kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesi gerektiğinde rehabilitasyonu sağlama gibi görevler düşmektedir (Demir D., 2019).

Bu bağlamda araştırma kadına sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Nedir?

İnsanlık tarihi boyunca var olan şiddet olgusu, içerdiği kişisel ve toplumsal unsurlarla birlikte çok boyutlu karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle şiddetin, herkes tarafından kabul edilebilir genel bir tanımının yapılması ve bu tanım çerçevesinde şiddet davranışlarının belirlenmesi pek mümkün değildir (Akkaş ve Uyanık, 2016).

Arapçadan Türkçeye geçen şiddet kelimesi, “sertlik, sert ve kaba davranış, kaba kuvvet kullanma” anlamına gelen “şedde” fiilinden türetilmiştir (Öztürk E, 2014). Türk Dil Kurumu’nun tanımına göre şiddet; bir hareketin veya gücün derecesi, kuvvet, sertlik, karşıt görüşte olan kişilere karşı kaba kuvvet kullanma, duygularda ve davranışlarda aşırılık olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020).

Şiddet kelimesinin kökeni genel olarak bir olgunun sertliğini, saldırganlığı, zor kullanmayı, kişilere ve toplumun geneline zarar veren olayları, gücün kötüye kullanımını ifade etmektedir (Köknel Ö., 1996). İngilizcede ise şiddet anlamına gelen violence kelimesi Latince “violentus” ve “violare” kelimelerinden türetilmiştir. Violentus, bir şeyin yapılma şekli açısından hiddetli, sert, güçlü ve cebri olması anlamını taşımaktadır. Violare kelimesi ise ihlal etmek, incitmek, zarar vermek, zorlamak anlamlarında yapılan eylemi vurgulamaktadır. Bu nedenle İngilizcede şiddet kelimesinin kökeninde kuvvet ve ihlal etmeyi içeren iki temel unsur vurgulanmaktadır (Dennen, 2005; Dursun, 2011).

Genel olarak şiddet; kişi veya kişilere karşı güç ya da baskı uygulayarak istekleri dışında bir şey yaptırmaktır. Kişinin, fiziksel ve ruhsal açıdan zarar görmesine neden olan, maddi ve manevi değerlerine zarar verecek olan, kişilik haklarının ihlal edilmesine, özgürlüğünün kısıtlanmasına, baskı ve tehdide maruz kalmasına, aşağılanmasına, ezilmesine, gururunun incinmesine, ekonomik olarak kısıtlanmasına, sakat kalmasına veya ölümüne yol açan davranışlar, şiddet davranışlarıdır. Sadece kişilere karşı değil her türlü canlıya ya da varlığa bilinçli bir şekilde yapılan tüm eylemler şiddeti oluşturur ve suçtur. Bu tür suçları işleyenler Türk Ceza Kanunu yasalarına göre ceza alır (Vatandaş, 2003; Polat, 2017).

Literatürde yer alan şiddet tanımlarının ortak unsurlarına göre şiddet; bireylerin veya bir topluluğun bedensel ve ruhsal bütünlüğünü bozmak, yaralanmasına, sakat kalmasına veya ölümüne neden olmak, ahlaki değerlerine, toplumsal kimliğine, inançlarına ve malına zarar vermek amacıyla yasalara aykırı biçimde güç kullanma veya güç kullanma tehdidinde bulunma, yok etme ve zorlama eylemleri olarak tanımlanmaktadır (Özerkmen, 2012).

Şiddet; Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanmaya, psikolojik zarara ve ölüme yol açması ya da açma ihtimalinin bulunması ve kişiyi ekonomik ihtiyaçların karşılanmasından mahrum bırakma” olarak tanımlanmıştır. Şiddet ve Sağlık Konulu Dünya Raporu’nda şiddet; kişinin kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere 3 ayrı kategoride incelenmiştir. Kişiler arası şiddet kategorisinde değerlendirilen “aile içi şiddet”, eşler veya aile bireyleri arasında genellikle ev içerisinde yaşanan şiddet olarak tanımlanmıştır. Bu şiddet ile aile içindeki bireyin yaşamının, özgürlüğünün, beden ve ruh sağlığının zor kullanılarak tehlike altına girdiği ifade edilmiştir (WHO, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2013 yılında yayınladığı rapora göre ise dünya üzerinde her üç kadından biri eşinin uyguladığı şiddete maruz kalmıştır. 15-49 yaş arasındaki kadınların eşleri tarafından gördüğü şiddet incelendiğinde; kadınların %13 - %61’inin yaşamları boyunca en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığı, %6 - %59’unun cinsel birlikteliğe zorlandığı, %1 - %28’i de hamileyken şiddet gördüğü saptanmıştır (WHO, 2013).

Kavak ve arkadaşlarının 2018’de yaptığı araştırmada kadınların %32,4 ile %61,4 oranla aile içi şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Kadınların eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranları %38,3 - %64,8 iken cinsel şiddete maruz kalma oranları ise %6,3 - %36,4 olarak tespit edilmiştir (Kavak ve ark., 2018). Bu sebeple aile içi şiddet mağdurlarının büyük bir kısmı kadınlarken faillerin çoğu erkeklerdir (İbiloğlu, 2012).

2.2. Kadına Yönelik Şiddet

Kadına şiddet, toplumdaki cinsiyet eşitsizliğinin bir oluşumudur ve temel insan haklarını ihlal eden ciddi bir sorundur. Şiddet kadının fiziksel olarak yaralanmasına,

akıl sağlığı sorunlarına, olumsuz sağlık davranışlarına, kronik hastalıklara, üreme sağlığı sorunlarına ve ölüme neden olabilmektedir (WHO, 2014).

Kadına yönelik şiddet kadınların sadece sağlığını değil aynı zamanda sosyal, eğitim, ekonomik, hukuki ve siyasi statülerinin gelişimini de etkilemektedir (Açıkgöz, 2014). Kadının eğitim, sosyal ve ekonomik statüsünün düşük olması şiddetin hem nedeni hem de sonucudur (Pekin Deklarasyonu, 1995).

Kadına yönelik şiddet; kadınlara, sadece kadın oldukları için uygulanan ya da kadınları etkileyen, kadına fiziksel ve psikolojik olarak zarar vermeye yönelik olan, kadının temel insan haklarının ihlaline yol açan ve kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranışı içeren, hiçbir toplumsal, kültürel, politik veya dini gerekçe ile meşrulaştırılması mümkün olmayan, cinsiyet ayrımcılığına dayalı bir şiddet türüdür (T.C. Resmi Gazete, 20.03.2012, Sayı: 28239; Bora, 2015).

Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi'ne göre kadına yönelik aile içi şiddet “eylemi gerçekleştiren fail, mağdurla aynı haneyi paylaşmakta olsun veya olmasın ya da daha önce paylaşmış olsun veya olmasın, aile içinde ya da aile biriminde, mevcut veya daha önceki eşler veya birlikte yaşayan bireyler arasında meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddet eylemleri” olarak tanımlanmıştır (Council of Europe, 2011).

Şiddetin en yaygın hali kadının birlikte olduğu erkek tarafından uygulanan şiddettir. Daha önce kadına dayak, eş şiddeti, partner şiddeti, ev içi şiddet, ev içi istismar olarak da adlandırılan kadına yönelik aile içi eş şiddeti dünya genelindeki bütün kadınların maruz kaldığı en yaygın şiddet tipidir. Evli veya evli olmayan eşler arasındaki şiddeti ifade etmektedir (Ahmad ve ark., 2017).

Kadına yönelik eş şiddeti hareketleri genel olarak incelendiğinde fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddeti, evlilik içi tecavüzü, kadının cinsel organına zarar vermeyi ve kadına zarar veren geleneksel uygulamaları, cinsel zorlamayı ve suiistimali, tacizi, dayak, hırpalama, vurma, tokatlama ve tekme atma gibi fiziksel saldırıları içermektedir. Aynı zamanda tehdit, acı çektirme, sürekli küçümseme, hakaret etme, zorla kısırlaştırma veya düşüğe zorlama, gebeliğe zorlama, kadını ailesinden ve arkadaşlarından ayırma, hareketlerini takip etme, maddi kısıtlamalar da şiddet hareketlerindedir (Polat, 2017; United Nations, 1993).

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde kadının edilgen olarak konumlandırılmasından dolayı şiddet olaylarının sıklıkla yaşandığı görülmektedir. Birçok toplumda kadına yönelik şiddeti haklı ve normal gören, bu sebeple şiddetin cezasız kalmasını sağlayan normlar, inançlar ve toplumsal olgular vardır (Krug, 2002).

İstismar, fiziksel güç, taciz, ihmal, cinsel ve psikolojik şiddet içeren aile içi kadına şiddet sorunu çok yaygın olmasına rağmen genellikle şiddet gören kadınlar tarafından gizlendiği için kolay tespit edilememektedir. Böylece toplumdaki eş şiddeti olaylarının gerçek yaygınlığı da belirlenememektedir. Şiddetin seyrekliği ve tekrarlanamayacağı düşüncesi, kadının aile veya aile dışı mesleki yardım talebinin olmaması, kadının çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalması veya tanık olması, kadının geleneksel evlilik yaklaşımına göre iki ebeveynli ailenin ideal aile olduğunu düşünmesi, şiddet suçlarında hukuki yaptırımların yetersiz olması, kadının eğitim ve ekonomik gelir düzeyinin düşük olması bu nedenle kendisinin ve varsa çocuklarının bakımını sağlayamayacak durumda olduğunu düşünmesi, kadının utanması veya kendini suçlaması, çaresiz ve güçsüz hissetmesi yaşanan şiddet olaylarının gizli kalmasına neden olmaktadır. Kadının şiddet ortamında kalmaya devam etmesi ise şiddetin artmasına, yinelenmesine, sürekliliğini sağlayıp kronikleşmesine ve çözümünün zorlaşmasına neden olmaktadır (Gelles, 1980; Mavili, 2014; Çakıroğlu, 2017).

2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Şiddet rastlantısal bir durum değildir. Sistemik ve yapısaldır. Ataerkil toplumların oluşturduğu erkek üstünlüğü ve hakimiyetinin, kadının erkeğe bağımlı olduğu ve erkek himayesinde bulunduğu bu nedenle erkeğin kadına istediği gibi davranabileceği inancının sonucudur. Toplum tarafından kadınlara ve erkeklere yüklenen sorumluluklar ve rol davranışları aile içi şiddetin bir nedeni olarak görülmektedir. Örneğin dünya genelinde yapılan araştırmalar sonucunda, kadının eşine itaat etmemesi, eşine karşı gelmesi, ev ve çocukla yeterince ilgilenmemesi, eşinin iznine bağlı kalmaması, sadakatinden şüphe etmesi, cinsel ilişkiyi reddetmesi gibi kadının özgürlüğünü kısıtlayan cinsiyet normlarına karşı gelmesi toplum içerisinde şiddeti tetikleyen hareketler olarak belirlenmiştir (Polat, 2017).

Kadına yönelik şiddetin nedenleri toplumlara ve ilişkilere göre değişiklik göstermektedir. Şiddetin kabul edilebilir ve kesin bir nedeni yoktur fakat literatürde yer alan şiddetin yaşanmasına zemin hazırlayan etkenler;

- Erkek-kadın ayrımcılığını meşru kılan hukuki, politik, ekonomik ve toplumsal yapıların mevcudiyeti,
- Erkeğin kadından üstün görülmesi,
- Erkeğin kadın üzerinde otorite kurmayı ve kontrol sağlamayı istemesi,
- Şiddetin terbiye etme biçimi olarak algılanması,
- Çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalmak veya tanık olmak,
- Şiddeti sorunlu ilişkilerde ve evlilik içindeki çatışmalarda problemi çözme yolu olarak görmek,
- Ekonomik ve sosyal yetersizlikler,
- Yoksulluğun neden olduğu ümitsizlik ve yetersiz hissetme,
- İşsizlik, alkol ve madde kullanımı,
- Bordeline kişilik, narsist kişilik, antisosyal kişilik, pasif-bağımlı ve pasif-agresif kişilik gibi kişilik bozuklukları ve psikolojik rahatsızlıklar,
- Kadın ve erkek arasındaki ideoloji, ırk, din, eğitim ve gelir seviyesi farklılıkları

olarak sıralanmaktadır (Taşçı,2003; Altınay ve Arat, 2008; Page ve İnce, 2008; Polat, 2017).

Şiddetin uygulanma nedeni değişiklik gösterse de şiddet hem saldırganı hem mağduru hem de şiddete tanık olanları olumsuz etkilemektedir (Kandemirci ve Kağnici,2014). Birlik, beraberlik, güven ve huzur ortamının olması gereken ailede şiddet nedenlere bağlanarak meşrulaştırılmaya çalışılsa da şiddet, aile yapısına zarar vermekte, kadının insan haklarını istismar etmekte ve şiddete meyilli nesillerin yetişmesine neden olmaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013).

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Türleri

Kadına yönelik şiddet fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet ile istismarı içermektedir. Bu şiddet türleri kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir ve kadınlarda uzun süreli fiziksel, mental ve duygusal sağlık sorunlarına neden olmaktadır (United Nations, 2015).

2.4.1. Fiziksel şiddet

Kadınlarda en sık gözlenen ve tespit edilebilen şiddet türüdür. Mağduru kontrol etme, korkutma, sindirme amacıyla uygulanan, hırpalama ve dayak ile başlayıp yaralanma, sakatlanma, organlarda fonksiyon kayıpları ve ölümlerle sonuçlanabilen, tekrarlanabilen ve sürekliliği olan şiddet davranışlarıdır. Fiziksel şiddet kadının bedensel sağlığını ve bütünlüğünü bozmaya yönelik davranışları içermektedir. Bu nedenle fiziksel şiddet davranışları tokatla başlayıp, tekme, hırpalama, çeşitli aletler ile vurma, boğma, yakma en sonunda da ölümlerle sonuçlanabilecek çok geniş bir yelpaze içerisindeki şiddet davranışlarını içermektedir (United Nations, 2015; Yetim ve Şahin,2005; Polat, 2017).

Fiziksel şiddet, diğer şiddet türlerine göre daha belirgindir. Kadınlar korku, çaresizlik ve utanma gibi sebeplerle şiddeti gizlemeye çalışsalar da adli kurumlarda ve sağlık kurumlarında en kolay tespit edilebilen ve en çok belgelenen şiddet türüdür (Yalçın, 2018).

Fiziksel şiddet iz bırakan çürükler, lezyonlar, çatlaklar, kırıklar, sıyrıklar, yanıklar ve yaralanmalar nedeni ile sağlık profesyonelleri tarafından tespit edilebilmektedir. Yüz bölgesindeki hasarlar, dudak ve ağız yaralanmaları, boyunda, göğüs kemiğinde, göğüs yanları ve kaburgada, deride, leğen kemiğinde, kasıklarda, kol ve bacaklarda oluşan çürükler, çatlaklar ve kırıklar ile iç organ yaralanmaları ve kafa travmaları sağlık çalışanlarının şiddeti teşhis edebilmesi için en net belirtilerdir. Deri üzerindeki çürüklerin rengi ile de sağlık çalışanları şiddetin uygulanma sıklığını ve uygulandığı zamanı yaklaşık olarak tahmin edebilmektedirler (Polat O., 2017).

48 ülkede kadınların %10 ile %69'unun hayatı boyunca en az bir kere eşi tarafından fiziksel şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Türkiye'de ise kadınların %58'i hayatı boyunca en az bir kere fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Son bir yıl içinde Avustralya'da kadınların %3'ü, İngiltere'de %12'si, Kanada ve Amerika'da %27'si, Kore'de %38'i, Filistin'de ise %52'si eşinin uyguladığı fiziksel şiddete maruz kalıp yaralanmıştır. Fiziksel şiddet genellikle psikolojik şiddet ile birlikte uygulanırken, fiziksel şiddete maruz kalan her üç kadından biri eşi tarafından cinsel şiddet görmektedir (WHO, 2002).

2.4.2. Cinsel şiddet

Kadının; rızası olmaksızın, istemediği yerde ve zamanda, utanç duyacağı veya riskli cinsel ilişkiye eşi tarafından zorlanmasıdır (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü,2008).

Cinsel şiddet davranışları arasında, cinsel ilişkiye zorlama, evlilikte tecavüz, kadının cinsel organına zarar verme, istemediği şekilde cinsel ilişki kurma, kadının gebelikten korunmasını engelleme ya da kadını isteği dışında düşüğe zorlama, kadının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmasına engel olma veya bu hastalıklara yakalanmasına neden olma, fahişeliğe zorlama, taciz etme yer almaktadır. Bu davranışlar genellikle fiziksel şiddet davranışları ile birlikte uygulanmaktadır (Akkaş ve Uyanık 2016; Demir Ö., 2017; Kılıç G., 2017).

Cinsel şiddet çoğu zaman gizlenen ve üçüncü şahıslarla en az paylaşılan şiddettir. Kadının aile mahremiyetini düşünmesi, gurunun incinmiş olması, suçluluk duygusu hissetmesi ya da bazı kadınların evlilik içinde cinsel birlikteliğe zorlanmayı tecavüz olarak görmemesi şiddetin gizlenmesine neden olmaktadır (Yalçın H, 2018).

Cinsel şiddet, kadına eşi tarafından uygulandığında tekrarlanma ve çoklu saldırı riski olduğundan kadın sağlığını etkilemektedir. Bu durumun önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan Aile Sağlığı Merkezleri büyük önem taşımaktadır (Tarzia ve ark., 2018).

2.4.3. Psikolojik şiddet

Psikolojik şiddet, duygusal istismar ve sözel şiddeti içermektedir (Kandemirci ve Kağnıcı, 2014).

Kadının üzerinde otorite kurma, kadını korkutma amacıyla kadının kişiliğini rencide edici sözler söyleme, düşüncelerini önemsememe ve yok sayma, giyimine karışma, kadına lakap takma, hakaret etme, ağır ithamlarda bulunma, kadını küçümseme, hor görme, kıyaslama, aile düzenini yıkmakla veya ölümle tehdit etme davranışlarını içeren şiddet türüdür (Pehlivan, 2018).

Ayrıca kadını evde zorla tutma, kadının sosyal yaşamına müdahale etme, ailesi ve arkadaşlarıyla görüşmesini engelleme kısaca diğer insanlarla ilişkilerini

sınırlandırma, sağlık hizmetlerinden faydalanmasını ve tek başına muayene olmasını engelleme de psikolojik şiddet davranışlarından (Krantz, 2005).

Psikolojik şiddetin fiziksel ve cinsel şiddet gibi somut bulguları bulunmadığından tespit edilmesi zordur. Kadının özgüvenine, duygusal veya fiziksel gelişimine zarar verebilmekte, şok, inkar, içe kapanma, stres, depresyon gibi travmatik tepkiler ve beceriksiz hissetme, isteksizlik, duygusal ilişkilerde sorunlar, bağımlılıklar oluşabilmekte bunların sonucunda da kadın intihara yönelebilmektedir. Psikolojik şiddet tek başına uygulanabileceği gibi çoğu zaman fiziksel ve cinsel şiddet ile birlikte uygulanmaktadır. Kolay tespit edilemediği için uzun yıllar boyunca kadınlar psikolojik şiddete maruz kalabilmekte ve kadınlarda fiziksel şiddetten daha kalıcı izler bırakabilmektedir (Gül, 2013; Polat, 2017).

2008 yılında Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre kadınların %41’i arkadaş ziyaretine giderken, %55’i ailesini ziyarete giderken eşinden her zaman izin aldığını belirtmiştir. Kadınların %1,8’i ise eşinin izni olmadığı için ailesini ziyaret edemediğini ifade etmiştir (Altınay ve Arat, 2008).

2.4.4. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet; kadınlar üzerinde güç ve kontrol sağlamak amacıyla, kadının ekonomik kaynakları elde etme ve kullanma hakkının eşi tarafından sistematik olarak istismar edilmesidir (Jeffs, 2015).

Ekonomik şiddet davranışları; kadının çalışmasına ve para kazanmasına engel olma veya kadını çalışmaya zorlama, kadının parasını yönetme ve kontrol altına alma, gelire ve mal varlıklarına el koyma, harcamalarını kısıtlama, kadının eğitim almasına veya kariyerinde yükselmesine engel olma, ailenin gelir giderleri konusunda bilgi vermeme ve ekonomik kararları tek başına alma, yiyecek, giyecek ve sağlık gibi temel ihtiyaç harcamalarını kısıtlama, kadın çalışmıyor ise kadına para vermemek ya da kısıtlı miktarda verme, geliri aile için harcamama olarak sıralanmaktadır. Kadının eşinin çalışmayı reddedip kadını ev ihtiyaçlarını karşılamaya mecbur bırakma ve baskı uygulama da ekonomik şiddet davranışıdır (Şenol ve Yıldız, 2013; Akın, 2013; Akkaş ve Uyanık, 2016).

Yapılan araştırmalara göre fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalan kadınların ekonomik kaynaklarının kısıtlandığı ve ekonomik harcamalarının daha sık

izlendiği saptanmıştır (Jeffs, 2015). Bu şiddet kadının bağımsızlığını yok etmekte, eşine bağımlı kalmasına neden olmaktadır (Yıldırım, 2016).

Sonuç olarak, yaşanan eş şiddeti olaylarında şiddet türleri arasında fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik şiddet olarak net bir ayırımın yapılması güçtür çünkü şiddet türleri genellikle birlikte ve iç içe uygulanmaktadır. Şiddet türlerinin ortak noktası kadının bedeni, özgürlüğü ve davranışları üzerinde güç ve kontrol sağlamayı amaçlamasıdır (Taşkiran ve ark, 2015; Polat, 2017).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Mevcut Durum

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yayınladığı Sağlık ve Şiddet Raporu’na göre (World Report on Violence and Health), Avustralya, Kanada, İsrail, Güney Afrika ve Amerika’da cinayet kurbanı kadınların %40 ile %70’i eşleri tarafından öldürülmüştür. Kadınların %60’ının bir kereden fazla, %20’sinin altı kereden fazla ağır şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Ağır şiddet gören kadınların %70’i bu durumu bildirmiştir. Şiddet nedenleri arasında; kadının eşine karşı gelmesi, eşiyile tartışması, cinsel ilişkiyi reddetmesi, çocuklara yeterince vakit ayırmaması, eşine ekonomik konularda soru sorması, eşinden izinsiz bir yere gitmesi, kıskançlık, yemeğin hazır olmaması gibi durumlar gösterilmiştir (WHO, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 2005 yılında hazırlanan 11 ülkeden 24000 kadının katıldığı “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çalışması’na göre, dünya genelinde öldürülen her üç kadından biri eşi tarafından öldürülmüştür. Kadınların eşleri tarafından yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı dünya genelinde %23 ile %43 arasında, en düşük oran Japonya’da (%13) en yüksek oran Peru’da (%61) saptanmıştır. Cinsel şiddet görme sıklığı dünya genelinde %10 ile %50 arasında, en düşük %6 oranı ile Japonya, Sırbistan’da, en yüksek oran %59 ile Etiyopya’da tespit edilmiştir. Fiziksel şiddet ve cinsel şiddetin birlikte görülme oranı dünya genelinde %29 ile %62 arasındadır. Psikolojik şiddete maruz kalma sıklığı %20-75 arasındadır. Fiziksel şiddet mağduru kadınlar tarafından tokatlanma ve itilme orta dereceli şiddet, yumruklanma, tekmelenme, yerde sürüklenme veya silahla tehdit edilme ağır şiddet olarak sınıflandırılmıştır. Yumruklanma, tekmelenme, yerde sürüklenme, silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet biçimlerinin görülme sıklığı %4-49

arasındadır. Orta dereceli şiddetin yaşanma sıklığının ağır şiddete göre daha az olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kadına Yönelik Şiddetin Küresel ve Bölgesel Tahminleri (2013) verilerine göre, dünya genelinde kadınların yaşam boyunca en az 1 kere eş şiddetine maruz kalma sıklığı %30 oranındadır. Dünya genelinde kadınların eşlerinden fiziksel şiddet görme oranı%30, cinsel şiddet görme oranı %35, Amerika'da fiziksel şiddet görme oranı %29, cinsel şiddet görme oranı %36, Avrupa'da ise fiziksel şiddet görme oranı %25 ve cinsel şiddet görme oranı %27'dir (WHO, 2013).

Altınay ve Arat'ın 2008 yılında yaptığı araştırmaya göre; kadınların %35'i, doğu bölgesinde ise kadınların %40'ı hayatları boyunca en az bir kere eşi tarafından uygulanan fiziksel şiddete, %14'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır. Cinsel şiddete maruz kalan kadınların %67'si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kalmıştır. Kadınların %63'ü eşinin şiddet uyguladığını daha önce kimseye anlatmadığını, bu durumu gizlediğini belirtmiştir (Altınay ve Arat, 2008).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından 2009 yılında yapılan bir araştırmaya göre Türkiye'de kadınlara eşi tarafından uygulanan ekonomik şiddet yaygınlığı %25, psikolojik şiddet yaygınlığı %44, fiziksel şiddet yaygınlığı %39, cinsel şiddet yaygınlığı %15, gebelikte fiziksel şiddet yaygınlığı %10 olarak tespit edilmiştir. Türkiye genelinde şiddet gören kadınların %24'ü şiddete bağlı sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Türkiye'de fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmış olan her 10 kadından 4'ü intiharı düşünmüştür. Kadınlar şiddetin başlıca nedenlerinin eşin ailesi ile sorun (%32) ve maddi sorunlar (%18) olduğunu belirtmiştir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009).

2014 yılında, ulusal düzeyde kadına yönelik şiddet verilerini elde etmek, 2008 yılındaki veriler ile çıkacak sonuçları karşılaştırmak ve şiddet yaygınlığındaki farklılaşmayı tespit edebilmek için Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan araştırmaya göre; Türkiye'de şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik şiddet yaygınlığı %44, fiziksel şiddet yaygınlığı %36, cinsel şiddet yaygınlığı %12, gebelikte fiziksel şiddet yaygınlığı %8'dir. Aynı zamanda ekonomik şiddet yaygınlığı ise %30 olarak tespit edilmiştir (HÜNEE, 2015).

Şiddet gören kadınların %26'sı şiddete bağlı sağlık sorunu yaşadığını ifade etmiş, %33'ü intiharı düşünmüştür. Fiziksel şiddete veya cinsel şiddete maruz kalan

her üç kadından biri şiddet sonrası intihar etmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Bu oran, daha önce şiddete maruz kalmayan kadınlar arasında onda bir düzeyindedir. İntihar girişiminde bulunma oranı ise şiddet yaşayan kadınlarda 5 kat daha fazladır. Şiddet mağduru kadınların %44'ü yaşadıklarını kimse ile paylaşmamış, şiddeti yakın çevresi ile paylaşma oranı 2008 yılında %51 iken 2014 yılında %56 olmuştur. Şiddet sonucu sağlık kurumuna başvuran kadınların %85'ine sağlık profesyonelleri tarafından rahatsızlığının sebebi sorulmuş, %37'si gerekli kurum ve kuruluşlara yönlendirilmiş, %63'ü herhangi bir kurum veya kuruluşa yönlendirilmemiştir. Kadınların %76'sı sağlık profesyonellerinin kendilerine yaklaşımından memnun kalmıştır (HÜNEE, 2015).

Veriler ışığında kadına yönelik şiddetin oldukça yaygın evrensel bir sorun olduğu anlaşılmaktadır. Fakat çoğu zaman kadınlar şiddet durumunu gizlemekte ve araştırmalar ile tespit edilen şiddet oranlarının gerçek oranları yansıtmadığı, şiddetin daha fazla olduğu varsayılmaktadır (Tel, 2002).

2.6. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Boyutu

Şiddet, neden olduğu fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarıyla, intihar ve ölüm sonuçlarıyla kadının temel insan haklarından olan sağlık hakkını ihlal etmektedir (Taşkiran ve ark, 2015).

Kadına yönelik şiddetin maliyetinin dünya genelinde yılda 1,6 milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir (Korkut ve Owen, 2008). Kruse ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı araştırma; sağlık harcamalarında ise şiddet mağduru kadınların teşhis, tedavi ve ilaç maliyetlerinin şiddete uğramayan kadınlara göre 1.800 € daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Kruse ve ark., 2011).

Beydoun ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanan makalede, aile içi eş şiddetine yönelik sağlık harcamalarının yıllık 4 milyar \$ olduğu, fiziksel şiddete bağlı sağlık harcamalarının 2,4 milyar \$ ve cinsel şiddete bağlı sağlık harcamalarının ise 1,6 milyon \$ olduğu ifade edilmiştir (Beydoun ve ark, 2017). Bu nedenle aile içinde yaşanan kadına yönelik eş şiddeti sadece kadınları değil, kadınlarla birlikte bütün aile bireylerini ve dolayısıyla toplumu ve devletleri de çok boyutlu açıdan etkileyen bir sağlık sorunudur. Önlenmesi için multidisipliner

işbirliği gerektirmektedir (Korkut ve Owen, 2008; Kruse ve ark., 2011; Beydoun ve ark., 2017).

Kadına yönelik şiddetin sağlık kurumlarındaki tespitine ve müdahalesine yönelik önleyici çalışmaların eksikliği ile morbidite ve mortalite arasında ilişki bulunmaktadır. Bu yüzden sağlık profesyonelleri, şiddet mağduru kadınların sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili hizmetlere eksiksiz ulaşmalarını sağlayarak şiddeti önlemeye, morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaya güçlü katkı sağlamaktadır (Swailes ve ark., 2017).

Şiddet, kadınların sağlık durumlarının kötüleşmesine, düşük yaşam kalitesine, fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının ve üreme sağlığının olumsuz etkilenmesine ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Campbell ve arkadaşlarının araştırmasına göre; şiddete uğrayan kadınların yaşadığı sağlık sorunları, daha önce şiddete maruz kalmayan kadınlardan %60 oranında daha fazladır (Campbell ve ark., 2002).

Türkiye’de ise, fiziksel veya cinsel şiddet gören kadınların genel sağlık durumları, hiç şiddet görmemiş kadınlara göre iki kat daha kötü durumdadır (HÜNEE, 2015).

Fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddete maruz kalan kadınların, şiddete bağlı oluşan fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları için birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumları ve acil servisleri kullanım sıklığı şiddet görmeyen kadınlara oranla iki kat daha fazladır (Beydoun ve ark., 2017).

Şiddete maruz kalan kadınlarda fiziksel sağlık sorunları olarak; baş ve boyun bölgesinde, gövdede, göğüslerde, karında, genital bölgede, kollarda ve bacaklarda travma izleri, yüzde, dudak, burun ve göz çevresinde morluklar ve çürükler, kulak zarı yırtılması, burun, diş, çene, kol, bacak ve kaburga kemiği çatlakları veya kırıkları, sakatlanmalar, ölümcül yaralanmalar, kafa travması, iç organlarda hasar, kronik baş ağrısı, bayılma nöbetleri, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, solunum rahatsızlıkları, mide ve bağırsak hastalıkları, sindirim sistemi rahatsızlıkları, yeme bozuklukları, iştah kaybı, obezite, vücudun genelinde şiddete bağlı darp izleri ve yanıklar görülebilmektedir (Altun, 2006; Tetri ve Mönttinen, 2016).

Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda ise bu sorunlara ek olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, kronik pelvik ağrı, vajinal

kanama veya enfeksiyon gibi jinekolojik hastalıklar, idrar yolları enfeksiyonu ve kanser gibi ciddi sağlık sorunları oluşabilmektedir (WHO, 2013).

Şiddet mağduru kadınlarda yaşadıkları istismar ve şiddet olayı ile baş edebilmek için sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve bunun sürekliliği ile bağımlılık durumları oluşabilmektedir (Bükecik ve Özkan, 2018).

Gebelik döneminde uygulanan şiddet, hem anne sağlığını hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Şiddetin oluşturduğu stres, depresyon, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklar, yetersiz veya dengesiz beslenme, hareket kısıtlılığı, doğum öncesi yetersiz tıbbi bakım, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı hamile kadınların fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla bu olumsuzluktan anne karnındaki bebek de etkilenmektedir.

Gebelik esnasında kadına fiziksel veya cinsel şiddet uygulanması durumunda ölümcül olmayan veya ölümcül yaralanmalar, anne ölümü, anemi, hamileliğin ilk üç ayında kanama, kronik ağrılar, prematüre bebek ve düşük ağırlıklı bebek doğumları, ölü doğum, düşüğe bağlı bebek ölümü, kürtaj, bebek incinmesi, doğum sonrası depresyon gibi sağlık problemleri oluşabilmektedir (WHO, 2013; Taşkıran ve ark, 2015).

Eşinin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddetine maruz kalan kadınlarda ruhsal sağlık açısından; depresyon, anksiyete, kişilik ve davranış bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, bipolar bozukluk, şizofreni, paranoya, hastalık kaygısı (hipokondriazis), dürtü bozukluğu, zihinsel sağlık sorunları, dikkat dağınıklığı, uyku bozuklukları, çarpıntı, duygusal dengesizlik, düşük empati, öfke, korku, stres, umutsuzluk ve çaresizlik, halsizlik, unutkanlık, yorgunluk, özgüven eksikliği, yetersizlik ve değersizlik hissi, içe kapanma, sessizlik, çekingenlik, sosyal izolasyon, güvensizlik, yalnızlık hissi, kendini suçlama, kendine kasıtlı zarar verme, intihara teşebbüs gibi sorunlar görülebilmektedir (Beydoun ve ark., 2017; Yim ve Kofman, 2018; Gilchrist ve ark., 2019).

Şiddet mağduru kadınlara, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yönelik gerekli sağlık hizmetinin geç veya eksik sunulması, kadının sağlığının kötüleşmesine, uzuv kaybına, ölümüne, tedaviye uyumunun ve yaşam kalitesinin azalmasına, hastaneye yatış oranının ve hastanede yatış süresinin artmasına neden olmaktadır (Costa ve ark., 2018).

2.7. Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Kurumlar

Şiddete maruz kalan veya kalma ihtimali bulunan kadınların sağlık, barınma, güvenlik, ekonomik, hukuki gereksinimleri karşılamak ve danışmanlık hizmeti vermek için kurumlara ihtiyaç vardır. Ülkemizde kadına yönelik şiddet ile mücadele eden ve şiddet mağduru kadınlara hizmet veren ve şiddet mağduru kadınların başvurabileceği kurumlar; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl ve İlçe Müdürlükleri, Sosyal Hizmet Müdürlükleri, Alo 183 Sosyal Destek Hattı, ŞÖNİM, Cumhuriyet Savcılığı, Aile Mahkemesi Hakimlikleri, kolluk kuvvetleri (polis ve jandarma), sağlık kurumları, adli tıp kurumları, mülki amirler (vali ve kaymakam), belediyeler, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, baroların Kadın Hakları Danışma Merkezleri ve Adli Yardım Kurulları, kadın sığınma evleri ve kadın sivil toplum örgütleridir (Taşkiran ve ark, 2015).

Şiddeti mağduru kadınların yardım alabileceği birçok kurum olmasına rağmen 2014 yılında yapılan araştırmaya göre; şiddete maruz kalan kadınların %89'u herhangi bir kurum veya kuruluşa başvurmamıştır. Başvuruda bulunan kadınların %7'si polise, %5'i Aile Mahkemesi'ne, %4'ü sağlık kurumuna, %3'ü savcılığa, %1'i baroya ve %1'i jandarmaya başvurmuştur. Şiddete uğrayan kadınların %53'ü Alo 183 Sosyal Destek Hattı'nı duymuş olmalarına rağmen sadece %0,5'i şiddet sonrası başvuruda bulunmuştur. Kadınların başvurma sebepleri şiddete daha fazla tahammül edememek (%68), ciddi sağlık sorunları yaşamış olmak (%30), öldürülmekten korkmak (%26), şiddetten korunmak ya da boşanmak için hukuki destek almak (%25) olarak belirlenmiştir. Mağdur kadınların ŞÖNİM'i duyma oranı %11 iken şiddet sonrası ŞÖNİM'e başvuru oranının %0,1, kadın sığınma evlerini duyma oranı %85 iken şiddet sonrası kadın sığınma evlerine başvuru oranının %1 ve kadın sivil toplum örgütlerini duyma oranı %85 iken şiddet sonrası bu örgütlere başvuru oranının %0,3 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların şiddet sonrası herhangi bir kurum veya kuruluşa başvurma oranının çok düşük olmasına rağmen bir kurum veya kuruluş başvurusunda bulunan kadınların çoğunluğunun (%7 oran ile) polise başvurduğu belirlenmiştir. Polise başvuran şiddet mağduru kadınların %81'inin ifadesi alınmamış, %41'i başka bir kurum veya kuruluşa yönlendirilmiş, %27'si eşi ile uzlaştırılmış, %23'ünün ise başvurusu tedbir kararının alınması ile sonuçlandırılmıştır. Polise başvuran kadınların %44'ü başvuru sonucu eş şiddetinin durduğunu, %32'si şiddet durumunun

değişmediğini, %20'si eşinin uyguladığı şiddetin azaldığını ifade etmiştir (HÜNEE, 2015).

Kadına yönelik şiddet ile ilgili kurumların şiddet ile mücadelede önemli bir rol oynadığı, büyük oranda şiddeti durdurduğu tespit edilmektedir (HÜNEE, 2015).

2.8. Sağlık Kurumlarının ve Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddetteki Rolü

Şiddet mağduru kadınlar veya şiddete uğrama ihtimali bulunan kadınlar sağlık kurumlarına başvuruda bulunabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda kadına yönelik şiddet ile ilgili kurumlar; Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlükleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, hastaneler, hastanelerin Acil Servis Birimi ve Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, adli tıp kurumları ve acil sağlık müdahalesi için 24 saat hizmet veren Alo 112 Acil Servis Hattı'dır. Sağlık kurumları, kadınların tetkik ve tedavilerine yönelik hizmetler vermekte, şiddetin fiziksel, cinsel ve psikolojik etkilerini teşhis etmekte, şiddeti belgeleyen adli raporlar düzenlemekte ve şiddet suçunu yetkililere bildirmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar tarafından sağlık çalışanlarına aile içi kadına yönelik eş şiddeti ile ilgili eğitimler verilmektedir (Öztürk A.B., 2015).

Şiddet gören kadınların sağlık kurumlarında ilk karşılaştıkları kişiler sağlık çalışanlarıdır (Alshammari ve ark., 2018). Sağlık profesyonelleri, sağlık kurumlarına başvuran kadınların muayene ve tedavi süreçlerinde şiddetten şüphelenmeleri durumunda kadınlara şiddete maruz kalıp kalmadığını sorup, ön değerlendirme yapıp kadını şiddet ile ilgili kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendirerek bu kurumlara yönlendirmek ve yetkililere bildirimde bulunmak ile yükümlüdürler. Böylece şiddete maruz kalan, maruz kaldığını gizleyen veya gizlemek zorunda kalan kadınlar için şiddet olaylarının açığa çıkması, kadınların destek ve yardım alması sağlanmaktadır. Şiddete maruz kalan veya maruz kalma olasılığı bulunan kadınların sağlık kurumlarına başvurabilmeleri, şiddet sonrası tedavi hizmetlerinden yararlanabilmeleri, şiddet ile mücadele kapsamında kadınlara yardım edilebilmesi, şiddetin teşhisi ve kadınların şiddeti gizlememesi için sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalan kadınlara

yaklaşımı önemlidir. Türkiye’de şiddet şikayetiyle sağlık kurumlarına başvuran kadınların %76’sı sağlık profesyonellerinin yaklaşımından memnun kaldığını belirtmiştir (HÜNEE, 2015).

2.9. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Hukuki Yükümlülükleri

Türk Ceza Kanunu’nun 280.maddesine göre; ‘hekim, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti sunan diğer sağlık profesyonelleri görev esnasında bir suçun işlendiğine dair bir belirti ile karşılaşması durumunda bu suçu yetkili makamlara gecikmeden bildirmek ile yükümlüdür. Suçu ihbar etmeyen veya suçun bildiriminde gecikme gösteren sağlık profesyonellerinin bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı’ belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 12 Ekim 2004, Sayı: 25611).

Türk Tabipler Birliğince, bahsi geçen düzenleme ile sağlık profesyonellerinin ‘her türlü suça karşı ihbar zorunluluğunun olmasının’, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 4.maddesi aynı zamanda Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 9. maddesinde konu olan ‘meslek sırrı’ ile çeliştiği bildirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin ihbar yükümlülüğü, meslek sırrı ifşası suçunun hukuka uygunluk sebebi olarak kabul edilmesine rağmen bazı durumlarda mağdur kadın şikâyetinden vazgeçse bile dava süreci devam edeceğinden, sağlık profesyonellerince yapılan ihbar kadına zarar verebilmektedir. Şiddet suçunun ihbarının, mağdur kadının şiddetin gizli kalmasını istediği, kadının sağlığını olumsuz yönde etkilenebileceği, kadına daha fazla zarar verebileceği ve ihbar zorunluluğunun bulunmadığı durumlarda sağlık profesyonelleri konuya yönelik tutanak hazırlayıp hastanın dosyasına eklemelidir. Kadının sağlık durumu düzelene kadar şiddetin ihbarının ertelenebileceği böylece sağlık profesyonelinin ‘meslek sırrı saklama yükümlülüğünün, kadının yaşam hakkının ve sağlık hakkının’ koruma altına alındığı düşünülmektedir. Ancak sağlık profesyonellerinin yapacağı risk değerlendirmesiyle kadının hayati tehlikesinin olduğu, şiddetin tekrarlama riskinin olduğu saptanırsa ve mağdur kadın sağlık profesyonellerinden yardım istiyorsa suçun yetkililere bildirilmesi gerekmektedir (Yalçın H., 2018; Hızal, 2006).

Avrupa Konseyi Sözleşmesi 20.maddesince: ‘destek hizmetleri kapsamında; şiddet mağduru kadınların iyileşmelerini hızlandıracak gerekli sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere kolay ulaşılması için devlet tarafından gerekli yasaların oluşturulması ve tedbirlerin alınması’ bildirilmiştir. Yine bu maddede ‘sağlık ve sosyal destek hizmetlerini verecek olan kurumların yeterli kaynağının olması, bu hizmetleri sağlayacak çalışanların mağdur kadınlara yardımcı olacak ve kadınları ilgili birimlere sevk edecek şekilde uygun eğitilmeleri konusunda yasa ve tedbir düzenlemelerinin devlet tarafından yapılması’ vurgulanmaktadır. Cinsel şiddet mağdurlarına destek hizmetlerini kapsayan 25.maddesince: ‘cinsel şiddet mağduru kadınlara, tıbbi muayene ve adli tıp muayenesi yapmak, gerekli sağlık, travma ve danışmanlık desteği sağlamak üzere, cinsel şiddet ile ilgili yeterli sayıda ve kolay erişilebilir kriz ve sevk merkezleri oluşturulmasına yönelik yasa düzenlemelerinin ve tedbirlerin alınmasının sözleşmeye taraf devletlere ait’ olduğu bildirilmiştir (Council of Europe, 2011).

6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun’un 7.maddesince; ‘şiddete uğramış veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadın vakası ile karşılaşılması durumunda herkes bu durumu resmi makamlara bildirebilir. Sağlık profesyonelleri görev esnasında şiddete maruz kalan bir kadınla karşılaştığında veya şiddet durumundan şüphelendiğinde olayın özelliğine göre bu durumu kolluk kuvvetleri, mülki amir veya savcılık gibi yetkili birimlere ertelemeden ihbar etmek ile yükümlüdür’. Adı geçen kanuna göre; ‘tedbir kararı ile korunan şiddet mağduru kadınların muayene ve tedavileri, sağlık raporu düzenlemeleri sağlık profesyonelleri tarafından geciktirilmeden özenle yapılmalıdır’. Sağlık profesyonelleri, korunan kadının ve diğer aile bireylerinin kayıtlardaki kimlik bilgilerini, adresini veya kimliğini ortaya çıkarabilecek her türlü bilgiyi korumanın etkinliği açısından gizli tutmalıdır. Bu bilgileri hukuka aykırı olarak ifşa eden sağlık profesyonellerinin Türk Ceza Kanunu’na göre cezalandırılacağı ifade edilmiştir. Kanuna göre; ‘şiddet uygulayan kişinin şiddet davranışlarına yol açan etkenlerini ve şiddete eğilimini önlemek için, şiddet uygulayan kişiye Toplum Sağlığı Merkezinde, İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar biriminde veya kamuya bağlı ilgili sağlık kurumlarında muayene ve tedavi hizmetlerinin verilmesine’ karar verilmiştir. Şiddet uygulayıcısının alkol, uyuşturucu madde bağımlılığı veya ruhsal

sağlık sorunları varsa muayene ve tedavi hizmetlerine ek olarak hastaneye yatışının yapılması da gerekli görölmüştür. Sağlık profesyonelleri şiddet uygulayıcısının hizmetler için başvurusunu ve tedaviyi sürdürme durumunu ŞÖNİM'e bildirmek zorundadır. Şiddet uygulayan kişinin veya tedbir kararı ile korunan şiddet mağduru kadının tedaviyi reddettiğinde sağlık profesyonelleri, durumun ile ilgili tutanağını hazırlayarak; olayı savcılığa veya ŞÖNİM'e bildirmek zorundadır (T.C. Resmi Gazete, 20.03.2012, Sayı:28239; Özvarış ve ark., 2016).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma kadına sağlık hizmeti veren, kadın hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerinin; kadına yönelik şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın türü; tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastanenin, “Bebek Dostu Hastane” ve “Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım” unvanları mevcuttur. Kadın hastalıkları ve doğum, perinatoloji, jinekolojik onkoloji, yenidoğan klinikleri ve poliklinikleriyle eğitim ve sağlık hizmeti veren hastane; 420 yataklı olup, 3 ameliyat salonuna sahip bir kadın doğum hastanesidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm sağlık profesyoneli (N=676); 183 hekim, 259 ebe, 224 hemşire 4 diş hekimi, 6 eczacı oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve fiili görevde olan tüm sağlık profesyonellerine ulaşmak hedeflenmiştir. Bu nedenle herhangi bir örneklem seçimi yöntemine gidilmemiştir.

Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri;

- Sağlık profesyoneli kadrosunda çalışma
- Çalışmaya gönüllü olarak katılma

Araştırma dışı bırakılma ölçütleri;

- Araştırma süresi boyunca yıllık izinde olanlar, geçici görevli olanlar, raporlu olanlar, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler ve anketleri eksik ya da yanlış işaretleyenler (257 kişi)

Bu kapsamda görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 419 (ulaşma oranı %62.98) sağlık profesyoneline ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız değişkenler

- Sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özellikleri (yaş grupları, cinsiyet, medeni durumlar, eğitim-öğrenim durumu, meslek grubu),
- Çalışma özellikleri (alışılan birim, çalışma süresi),
- Kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve deneyimleri (şiddet eğitimi alma durumu, eğitimin alınma zamanı, şiddet konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma durumu, şiddet konusunda algılanan yeterlilik, şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolüne ilişkin düşünceleri, şiddet olgularına yeterli müdahale durumuna yönelik düşünceleri, şiddet olgusuyla karşılaşma durumu, şiddete uğrayan hasta ile karşılaşma durumunda bildirim yapma)

3.4.2. Bağımlı değişkenler

- Ekonomik şiddet
- Duygusal, Psikolojik, Cinsel şiddet
- Meşrulaştırıcı Mitler
- Neden Açıklayıcı Mitler
- Yardım Edici Sağlık Profesyonelleri Girişimleri
- Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik Sağlık Profesyonelleri Girişimleri
- şiddete İlişkin Sağlık Profesyonellerinin Rolüne Olumsuz Bakış
- Evliliği Sonlandırmaya Yönelik Sağlık Profesyonelleri Girişimleri

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Daha fazla katılımcıya ulaşabilmek ve katılımcılar ile derinlemesine görüşme için yeterli zamanın olmaması sebebiyle anket yöntemi tercih edilmiştir.

Anketler Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık profesyoneli ile yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Sağlık profesyonellerine araştırma hakkında bilgi verilmiş, onamı alınmış ve anket üzerinde yazılı olarak ifade edilmiştir. Araştırmaya katılımın kabulü ardından anket formları sağlık profesyonellerine dağıtılmış, anket üzerindeki ifadeler cevaplandırıldıktan sonra toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

- Tanımlayıcı Veri Toplama Formu
- Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği (ŞİTÖ)
- Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (ŞMRİTÖ) formları kullanılmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı veri toplama formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla; literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen **tanımlayıcı veri toplama formu**; sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerini, meslek ve çalışma yıllarını, çalıştıkları birim, kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumları ve kadına yönelik şiddet konusunda kendilerini yeterli hissetme ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma durumları, kadına yönelik şiddet olgularıyla karşılaşma ve bildirim yapma durumlarına yönelik görüşlerini içeren 19 sorudan oluşmaktadır (Gömbül, 2000, Calderón, H., 2008, Kaya, D., 2016, Sabancıoğulları ve ark., 2016, Kurt, G., ve Gün, İ., 2018).

3.6.2. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği (ŞİTÖ)

Ölçek; 2000 yılında Gömbül tarafından, sağlık profesyonelinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte Gömbül'ün "Hemşire" ifadeleri yerine "sağlık profesyonelleri" ifadesi kullanılması gerekli yazılı izin alınmıştır. Orijinal ölçeğin geçerlilik düzeyi Cronbach's Alpha değeri; 0.8233 olarak hesaplanmıştır (Gömbül, 2000). Kaplan ve arkadaşlarının yaptıkları

araştırmalarında Cronbach's Alpha değeri; 0.76 olarak bulunmuştur (S. Kaplan ve arkds. 2014). Araştırmamızda ise Cronbach's Alpha değeri; 0,8140 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek; ekonomik şiddete yönelik 7 tutum ifadesi, duygusal, psikolojik, cinsel şiddete yönelik 6 tutum ifadesi, meşrulaştırıcı mitlere yönelik 3 tutum ifadesi ve neden aıklayıcı mitlere yönelik 3 tutum ifadesi olmak üzere toplam 19 tutum ifadesi yer almakta ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeği cevaplayan sağlık çalışanlarından kadına yönelik şiddete ilişkin 19 tutum ifadesinden kendilerine en yakın olan seçeneği seçmeleri istenmiştir. Kesinlikle katılmıyorum= (1 puan), katılmıyorum= (2 puan), kararsızım= (3 puan), katılıyorum= (4 puan) ve tamamen katılıyorum= (5 puan) şeklinde puanlanmıştır. 19 ifadenin 6'sı negatif yüklü maddelere karşılık gelmekte ve tersine puanlama yapılmaktadır. Ölçekte alınabilecek tutum puanı; en düşük 19 puan ile en yüksek 95 puan arasında değişmektedir.

Gömbül'e göre "Tutum puanının yüksek olması, sağlık profesyonelinin şiddete ilişkin tutumunda geleneksellikte artmayı, tutum puanının düşük olması ise geleneksellikten uzaklaşmayı ve ağdaş görüşü göstermektedir".

Ölçeğin Alt Boyutları ve Tutum İfadeleri

1. Ekonomik şiddet (şİT1)

- "Kocanın evlilikte alınan malların kendi üzerine olmasında ısrar etmesi doğaldır."
- "Erkeğin kadının kazandığı paranın tümü üzerinde hak iddia etmesi doğaldır."
- "'Yarımdan sonra içe gitmeyeceksin' diyen kocanın elbette bir bildiği vardır."
- "'Doğum kontrolünün sorumluluğunu kadın almalıdır.' diyerek eşinin tüplerini bağlatmasını istemek kocanın hakkıdır."
- "Ev içi sorumluluğunun, kadının çalıştığı ailelerde de kadından beklenmesi doğaldır"
- "Evin giderleri konusunda kadının fikirleri önemlidir, ama son sözü koca söylemelidir."

- “Bence kocanın geliri yeterliyse karısının çalışmasına izin vermemesi normaldir.”

2. Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2)**

- “Kocanın doğum kontrolüne izin vermemesi bir tür cinsel tacizdir.”*
 - “Kızınca evdeki eşyaya zarar vermek de (tabak, cam, çerçeve...) kadına yönelik bir tür şiddettir.”*
 - “Karısına “beni terk edersen intihar ederim” diyen koca karısını istismar ediyordur.”*
 - “Karısı soru sorulduğunda kocanın cevap vermemesi kadını aşağılayıcı bir davranıştır.”*
 - “Çekici olmadığını söyleyerek karısını eleştiren kocanın, karısını cinsel olarak taciz ettiğine inanıyorum.”*
 - “Hiçbir şey kocanın karısına dayak atması için bir neden olmamalıdır.”*
- (*) Negatif Yüklü İfadeleri işaret etmektedir.

(**) Alt boyutta fiziksel şiddete yönelik bir ifade mevcuttur. Bu nedenle alt boyutta ağırlıklı olarak kendisini oluşturan somut olmayan duygusal, psikolojik, cinsel şiddet çeşitleri başlığı adı altında incelenmiştir.

3. Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3)

- “Koca karısını kıskandığı için döver.”
- “Kadın biraz uysal ve alttan alıcı olursa, şiddetle karşılaşmaz.”
- “Geçim sıkıntısının olduğu ailelerde kocanın karısına karşı şiddete başvurması doğaldır.”

4. Neden Açıklayıcı Mitler (ŞİTÖ4)

- “Bence eğitim görmüş erkekler, karılarına karşı şiddete başvurmazlar.”
- “Anlaşarak yapılan evliliklerde kadın şiddetle karşılaşmaz.”
- “Kocasına itaat etmeyen kadının şiddete maruz kalması doğaldır.”

3.6.3. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği (ŞMRİTÖ)

Ölçek; 2000 yılında Gömbül tarafından, sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumunu belirlemeye yönelik geliştirilmiştir. Orjinal ölçeğin geçerlilik düzeyi Cronbach's Alpha değerleri; 0.7244 olarak hesaplanmıştır (Gömbül, 2000). Kaplan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarında Cronbach's Alpha değeri; 0.68 olarak bulunmuştur (S. Kaplan ve arkds. 2014). Araştırmamızda ise Cronbach's Alpha değeri; 0,7589 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek, sağlık profesyonellerinin destekleyici girişimlerine yönelik 6 tutum ifadesi; evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik 4 tutum ifadesi; evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik 2 tutum ifadesi ve profesyonellerinin rolüne olumsuz bakışına yönelik 3 tutum ifadesi olmak üzere toplam 15 tutum ifadesi yer almakta ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeği cevaplayan sağlık çalışanlarından kadına yönelik şiddete ilişkin 15 tutum ifadesinden kendilerine en yakın olan seçeneği seçmeleri istenmiştir. Tamamen katılıyorum = (5 puan), katılıyorum = (4 puan), kararsızım = (3 puan), katılmıyorum = (2 puan) ve kesinlikle katılmıyorum = (5 puan) şeklinde puanlanmıştır. 15 tutum ifadesinin 6'sı negatif yüklü maddelere karşılık gelmekte ve tersine puanlama yapılmaktadır. Ölçekte alınabilecek tutum puanı; en düşük 15 puan ile en yüksek 95 puan arasında değişmektedir.

Gömbül'e göre; "ölçek tutum puanının yüksek olması, sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette mesleki rolüne ilişkin tutumunda geleneksellikte artmayı, düşük olması ise geleneksellikten uzaklaşmayı ve çağdaş görüşü göstermektedir" (Gömbül, 2000).

Ölçeğin Alt Boyutları ve Tutum İfadeleri

1. Yardım Edici Sağlık Profesyonelleri Girişimleri*

- "Sağlık profesyoneli şiddete uğramış kadına halen var olan yasal haklarını açıklamalıdır."
- "Sağlık profesyoneli toplumda kadınları girişken olmaları için desteklemelidir."

- “Sağlık profesyoneli şiddete uğrayan kadına güçlü yönlerini tanimasında yardımcı olabilir.”
- “Sağlık profesyoneli kadına çözüm yollarına ilişkin alternatifler göstermelidir.”
- “Sağlık profesyoneli şiddet uygulayan kocaya tedavi olmasının gerekliliğini anlatmalıdır.”
- “Sağlık profesyoneli sorununu anlatan kadını dinlemeli, onu anlamaya çalışmalıdır.”

2. Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik Sağlık Profesyonelleri Girişimleri

- “Sağlık profesyoneli kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını söyleyerek yardımcı olabilir.”
- “Sağlık profesyoneli yapacağı en iyi şey, kocasının zamanla düzeleceğini söyleyerek kadına sabırlı olmasını öğütlemektir.”
- “Sağlık profesyoneli kadına kocasını kızdıracak ne yaptığını sormalıdır”. “Sağlık profesyoneli şiddet gördüğü için utanan kadına bir süre evden çıkmamasını, kimseyle görüşmemesi önerilebilir.”

3. Şiddete İlişkin Sağlık Profesyonellerinin Rolüne Olumsuz Bakış

- “Sağlık profesyonellerinin bu tür sorunları olan ailelerle uğraşacak zamanları yoktur.”
- “Kadına yönelik eş şiddetinde hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin yapabileceği bir şey yoktur.”
- “Sağlık profesyoneli önce kendi sorunlarını çözmeli, sonra diğer kadınların sorunları ile ilgilenmelidir.”

4. Evliliği Sonlandırmaya Yönelik Sağlık Profesyonelleri Girişimleri

- “Sağlık profesyoneli şiddete uğrayan kadına evden ayrılmasını önermelidir.”

- “Sağlık profesyoneli kadına eşinden boşanmadıkça yardımcı olamayacağını belirtmelidir.”

(* Negatif Yüklü İfadelere karşılık gelmektedir.

3.7. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı türde olan bu araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini açıklamak ve kategorik verileri özetlemek için sıklık tabloları ve tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak, sağlık profesyonellerinin tanımlayıcı özellikleri ile kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi ve görüşlerinin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. ŞİTÖ ve ŞMRİTÖ Ölçek Formu puan ortalamaları hesaplanmıştır. ŞİTÖ ve ŞMRİTÖ puan ortalamaları ile tanımlayıcı özellikler arasında ilişkiyi incelemek için; bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney-U testi, ikiden fazla gruplarda gruplar arası farkı tanımlamak üzere tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış, gruplar arası farkın anlamlı olduğu durumlarda; farkın kaynaklandığı grubu ayırtetmek için sağlık araştırmalarında kullanılan “post-hoc” testlerden Bonferroni testi uygulanmıştır. Ayrıca istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Getireceği Yenilikler

Araştırma sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin tutumlarına dikkat çekecektir.

Elde edilen bulgular sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi eğitimleri ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesi için veri oluşturulmasına katkıda bulunacaktır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kadına yönelik şiddet konusunda elde edilecek bilgiler sağlık profesyonellerinin öz bildirimine dayalıdır. Kadına yönelik şiddet konusundaki bilgi ve tutumları “Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği (ŞİTÖ)” ve “Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (ŞMRİTÖ)” verileri ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Açıklamaları

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yürütülmesinin uygunluğuna dair Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan etik kurul kararı 17.12.2019 tarihinde alınmıştır (EK 6).

Araştırmanın yapılacağı Ankara Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden gerekli etik kurul; TUEK (Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu) kararı 17.01.2020 tarihinde alınmıştır (EK 7).

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm sağlık profesyonellerine araştırmanın amacı ve içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, katılımları için aydınlatılmış onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir (EK 1). Aydınlatılmış onam formunda ve araştırmanın sonucunda toplanacak bilgilerin gizli tutulacağı, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilip, onamları alınmıştır.

Araştırmada kullanılacak “Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği” ve “Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği”nin kullanım izni ve orijinal formda yer alan “hemşire” ibaresi yerine “sağlık profesyonelleri” ibaresi ile değiştirme izni araştırmacıdan alınmıştır (EK-5).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmada sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerini ve görüşlerine dair verileri özetlemek için sıklık tabloları oluşturulmuştur.

4.1.1. Sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %29,12'si ebe, %42,72'si hemşire, %26,73'ü hekim, %1,43'ü eczacı ya da diş hekimidir. Toplamda 419 kişi olan katılımcıların %84,7'si kadın, %15,3'ü erkektir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $35,4 \pm 4,9$ ve %94,0'ının 20-49 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Meslekler arası yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Mesleklere göre yaş dağılımına bakıldığında ebeler en sık (%13,6) 40-49 yaş grubunda, hemşireler en sık (%18,6) 20-29 yaş grubunda, hekimler en sık (%25,9) 30-39 yaş grubunda, eczacı/diş hekimleri en sık (%0,9) 30-39 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Cinsiyetin mesleklere göre dağılımlarına bakıldığında; ebe ve eczacı/diş hekiminin tamamını kadın, 64 erkeğin 52'sini hekim oluşturmaktadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin medeni durumları incelendiğinde; %57,8'i evli, %42,2'si bekar olduğu saptanmıştır. 177 (%42,2) kişi olan bekarları sırayla 88 kişi ile hemşireler, 48 kişi ile hekimler ve 41 kişi ile ebeler oluşturmaktadır. 242 (%57,8) evli kişinin 81'i ebe, 91'i hemşire, 64'ü hekim, 6 kişisi de eczacı/diş hekimidir (Tablo 1).

Eğitim durumu incelendiğinde; sağlık profesyonellerinin %71,1'inin lisans veya lisansüstü mezunu iken; %22,9'u lise veya ön lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Lise mezunlarının %1,9'unu ebeler, %8,1'ini hemşireler oluşturmuştur. Sıklıkla ebe, hemşire ve eczacı /diş hekimleri lisans mezunu iken; hekimlerin en sık lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 4.1. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Demografik Özellikler	Ebe		Hemşire		Hekim		Eczacı/Dış hekimi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	122	29,12	179	42,72	112	26,73	6	1,43	419	100
Yaş										
20-29	22 (%5,3)		78 (%18,6)		62 (%14,8)		1 (%0,2)		163(%38,9)	
30-39	36 (%8,6)		33 (%7,9)		29 (%6,9)		4 (%0,9)		102(%24,3)	
40-49	57 (%13,6)		59 (%14,1)		12 (%10,7)		1 (%0,2)		129(%30,8)	
50-59	7 (%1,7)		8 (%1,9)		5 (%4,5)		0 (%0,0)		20 (%4,8)	
60+	0 (%0,0)		1 (%0,2)		4 (%1,2)		0 (%0,0)		5 (%1,2)	
Cinsiyet										
Erkek	0 (%0,0)		12 (%2,9)		52 (%12,4)		0 (%0,0)		64 (%15,3)	
Kadın	122(%29,1)		167(%39,9)		60 (%14,3)		6 (%1,4)		355 (%84,7)	
Medeni Durum										
Bekar	41 (%9,8)		88 (%21,0)		48 (%11,5)		0 (%0,0)		177 (%42,2)	
Evli	81 (%19,3)		91 (%21,7)		64 (%15,3)		6 (%1,4)		242 (%57,8)	
Eğitim Durumu										
Lise	8 (%1,9)		34 (%8,1)		0 (%0,0)		0 (%0,0)		42 (%10,0)	
Ön lisans	26 (%6,2)		28 (%6,7)		0 (%0,0)		0 (%0,0)		54 (%12,9)	
Lisans	79 (%18,9)		109 (%26,0)		17 (%1,7)		6 (%1,4)		201(%48,0)	
Lisansüstü*	9 (%2,1)		8 (%1,9)		105 (%25,1)		0 (%0,0)		122(%29,1)	

*Tıpta uzmanlık lisans üstü seçeneğine dahil edilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri, kadına sağlık hizmeti verme süreleri ve çalıştıkları birime göre dağılımlarında;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri incelendiğinde; 20 yıl ve üzerinde çalışanların %30,8, 0 ve 4 yıl olanların %32,9 olduğu belirlenmiştir. Ebelerin 58 kişi ile en sık 20 yıl ve üzerinde çalıştığı, hemşirelerin 65 kişi ile en sık 0-4 yıl, hekimlerin 56 kişi ile en sık 0-4 yıl, eczacı ve dış hekimlerinin 4 kişi ile 5 ve 14 yıl arasında çalıştığı saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına hizmet verme sürelerine bakıldığında çalışma sürelerine benzer değerler bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin %39,9'unun kadına hizmet verme süreleri 0 ile 4 yıl ve %27,2'sinin de 20 yıl ve üzerinde hizmet verdiği saptanmıştır (Tablo 2).

Sağlık profesyonellerinin çalıştığı birim incelendiğinde; ebeler 42 kişi ile en sık doğumhane, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, anne uyum servisi, idari birim, eğitim

birimleri, enfeksiyon önleme komitesi ve kalite birimlerinde, hemşireler 95 kişi ile en sık yataklı kliniklerde, hekimler 76 kişi ile hastanenin tüm birimlerinde aylık rotasyon halinde çalışmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 4.2. Sağlık Profesyonellerinin Çalışma Süreleri, Kadına Sağlık Hizmeti Verme Süreleri ve Çalıştıkları Birime Göre Dağılımları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Eczacı/Dış hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	122	29,1	179	42,7	112	26,7	6	1,4	419	100
Meslekte Çalışma Süreleri (yıl)										
0-4y	16 (3,8)		65 (15,5)		56 (13,4)		1 (0,2)		138 (32,9)	
5-9y	16 (3,8)		22 (5,3)		21 (5,0)		2 (0,5)		61 (14,6)	
10-14y	19 (4,5)		22 (5,3)		14 (3,3)		2 (0,5)		57 (13,6)	
15-19y	13 (3,1)		12 (2,9)		9 (2,1)		0 (0,0)		34 (8,1)	
20+y	58 (13,8)		58 (13,8)		12 (2,9)		1 (0,2)		129 (30,8)	
Kadına Sağlık Hizmeti Verme Süreleri (yıl)										
0-4y	24 (5,7)		82 (19,6)		60 (14,3)		1 (0,2)		167 (39,9)	
5-9y	17 (4,1)		23 (5,5)		20 (4,8)		2 (0,5)		62 (14,8)	
10-14y	17 (4,1)		17 (4,1)		12 (2,9)		2 (0,5)		48 (11,5)	
15-19y	9 (2,1)		11 (2,6)		8 (1,9)		0 (0,0)		28 (6,7)	
20+y	55 (13,1)		46 (11,0)		12 (2,9)		1 (0,2)		114 (27,2)	
Çalıştıkları Birim										
Poliklinik	37 (8,8)		28 (6,7)		16 3,8		2 (0,5)		83 (19,8)	
Yataklı Klinik	40 (9,5)		95 (22,7)		10 2,4		0 (0,0)		145 (34,6)	
Acil Servis	3 (0,7)		1 (0,2)		0 0,0		0 (0,0)		4 (1,0)	
Diğer*	42 (10,0)		54 (12,9)		11 2,6		4 (1,0)		111 (26,5)	
Her Birim**	0 (0,0)		0 (0,0)		76 18,1		0 (0,0)		76 (18,1)	

* Diğer seçeneği; doğumhane, yoğun bakım ünitesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, anne uyum servisi, idari birim, eğitim birimleri, kalite birimi, enfeksiyon önleme komitesi... vb. birimleri kapsamaktadır.

** Hekimler; aylık döngüler halinde hastanenin tüm birimlerinde görev yapmaktadır.

4.1.2. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim ve deneyimlerinin incelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde; 261 (%62,2) kişinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrasında şiddet konusu ile ilgili eğitim almadığı ancak; 158 (%37,7) kişinin eğitim aldığı görülmüştür (Tablo 3). Şiddet eğitimi almayanların mesleklerine göre; katılımcıların %15,5'i ebe, %23,86'sı hemşire, %21,91'i hekim, %1,1'i eczacı/dış hekimdir. Şiddet eğitimin alınma zamanına bakıldığında; en sık %24,4 mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle alındığı görülmüştür (Tablo3). Kurs, sertifikalı program ya da seminerlerle alınma zamanı ise %0,7 olarak hesaplanmıştır.

Şiddet eğitiminde daha fazla ihtiyaç duyma durumları sorgulandığında ise; evet ya da bazen yanıtını verenlerin toplamda %74,2 kişi olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin %25,8'i şiddet konusunda daha fazla bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. 94 ebe, 137 hemşire, 78 hekim ve 2 eczacı ve dış hekimi şiddet eğitimine daha fazla ihtiyaç duyduğunu ya da bazen ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada kendilerini yeterli hissetme durumlarına bakıldığında; katılımcılardan 156 (%37,2) kişi kendini yeterli hissettiğini ifade etmiştir. Kendini yeterli görenler 48 (%11,5)'i ebe, 49 (%13,6)'u hekim, 57 (%11,7)'si hemşire, 2 (%0,5)'i eczacı ya da dış hekimdir. Ancak 82 (%19,6) kişi kendini yeterli hissetmemiştir. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada kendilerini yeterli hissetme konusunda ebeler (%11,7) en fazla bazen, hemşireler (%20) en sık bazen; hekimler en sık (%11,7) yeterli, eczacı ve dış hekimleri (%0,7) en sık bazen kendilerinin yeterli hissetmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4.3. Sağlık Profesyonellerinin Şiddet Konusunda Eğitim Alma Durumları ve Eğitimi Aldığı Zamana Göre Dağılımları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Eczacı/Dış hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	122	29,1	179	42,7	112	26,7	6	1,4	419	100
Şiddet Konusunda Eğitim Alma Durumları										
Evvet	57 (%13,6)		79 (%18,8)		21 (%5,01)		1 (%0,2)		158 (%37,8)	
Hayır	65 (%15,5)		100(%23,86)		91(%21,71)		5 (%1,1)		261 (%62,2)	
Şiddet Konusunda Eğitim Alma Zamanı										
Örgün Eğitim Sırasında*	7 (%1,6)		29 (%6,9)		15 (%3,5)		1(%0,2)		52 (%12,4)	
Hizmet içi Eğitimlerle**	50 (%11,9)		49 (%11,6)		4 (%0,9)		0 (%0,0)		103 (%24,5)	
Diğer***	0 (%0,0)		1 (%0,2)		2 (%0,4)		0 (%0,0)		3 (%0,7)	
Şiddet Konusunda Daha Fazla Bilgiye İhtiyaç Duyma Durumları										
Evvet	40 (%9,5)		62 (%14,8)		35 (%8,4)		1 (%0,2)		138 (%32,9)	
Bazen	54 (%12,9)		75 (%17,9)		43 (%10,3)		1 (%0,2)		173 (%41,3)	
Hayır	28 (%6,7)		42 (%10,0)		34 (%8,1)		4 (%1,0)		108 (%25,8)	
Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlamada Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları										
Evvet	48 (%11,5)		57 (%13,6)		49 (%11,7)		2 (%0,5)		156 (%37,2)	
Bazen	49 (%11,7)		84 (%20,0)		45 (%10,7)		3 (%0,7)		181 (%43,2)	
Hayır	25 (%6,0)		38 (%9,1)		18(%4,3)		1 (%0,2)		82 (%19,6)	

*Mezuniyet öncesi alınan eğitimler ifade edilmiştir.

** Mezuniyet sonrası alınan eğitimler ifade edilmiştir.

***sertifikalı kurslar, seminerler, vb. kapsamaktadır.

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet konusundaki ifadelerine göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olduğunu düşünenlerin sayısı 252 (%60,1)'dir. Katılımcılardan 73'ü (%17,6) ebe, 106'sı (%25,3) ise hemşire, 72'si (%17,2) hekim, 1'i eczacı/dış hekimidir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olmadığını düşünenlerin sayısı 38 (%9,6)'dir. Katılımcılardan 11'i (%2,6) ebe, 19'u (%4,5) hemşire, 6'sı (%1,4) hekim, 2'si (%0,5) de eczacı/dış hekimidir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün bazen olduğunu düşünenlerin sayısı 129 (%30,8)'dur. Mesleklere göre dağılımı incelendiğinde 38'i (%9,6) ebe, 54'ü (%12,9) hemşire, 34'ü (%8,1) hekim, 3'ü (%0,7) ise eczacı/dış hekimidir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden kadına y6nelik Şiddet olgularına yeterli m6dahale edildiğini d6Őunme durumları incelendiğinde; katılımcıların 16'sı (%3,6) m6dahaleyi yeterli g6rd6đ6n6 ifade etmiştir. Katılımcıların 346'sı (%82,6) kadına y6nelik Şiddet olgularına yeterli m6dahale edilmediğini belirtmiştir. M6dahaleyi yeterli g6rmeyenlerin 98'ini (%23,4) ebeler, 143'6n6 (%34,1) hemşireler, 99'unu (%23,6) hekimler, 6'sını (%1,4) eczacı ve diş hekimini oluşturmaktadır (Tablo 4).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden rutin sağlık uygulamalarında kadına y6nelik Şiddetin sorgulanmasını isteyenlerin sayısı 338 (%80,7) kişidir. Bu kişilerin mesleklere g6re dağılımı incelendiğinde; 102'si (%24,3) ebe, 158'i (%37,7) hemşire, 75'i (%17,9) hekim, 3'6 (%0,7) eczacı/diş hekimidir. Rutin sağlık uygulamalarında kadına y6nelik Şiddetin sorgulanmasına hayır diyenlerin sayısı 81'dir (%19,3). Bu kişilerin 20'si (%4,8) ebe, 21'i (%5,0) ise hemşire, 37'si (%8,8) hekim, 3'6 (%0,7) eczacı/diş hekimidir (Tablo 4).

Tablo 4.4. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki İfadelerine Göre Dağılımları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Eczacı/Dış hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	122	29,1	179	42,7	112	26,7	6	1,4	419	100
Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü Olabilir mi?										
Evet	73 (%17,4)		106(%25,39)		72 (%17,2)		1 (%0,2)		252 (%60,1)	
Bazen	38 (%9,6)		54 (%12,9)		34(%8,1)		3 (%0,7)		129 (%30,8)	
Hayır	11 (%2,6)		19 (%4,5)		6 (%1,4)		2 (%0,5)		38 (%9,6)	
Kadına Yönelik Şiddet Olgularına Yeterli Müdahale Edildiğini Düşünüyor musunuz?										
Evet	5 (%1,2)		4 (%1,0)		7 (%1,7)		0 (%0,0)		16 (%3,8)	
Bazen	19(%4,5)		32 (%7,6)		6 (%1,4)		0 (%0,0)		57 (%13,6)	
Hayır	98 (%23,4)		143 (%34,1)		99 (%23,6)		6 (%1,4)		346(%82,6)	
Rutin Sağlık Uygulamalarında Kadına Yönelik Şiddet Sorgulanmalı mıdır?										
Evet	102 (%24,3)		158 (%37,7)		75 (%17,9)		3 (%0,7)		338 (%80,7)	
Hayır	20 (%4,8)		21 (%5,0)		37 (%8,8)		3 (%0,7)		81 (%19,3)	

Sağlık Profesyonellerinin Meslek Yaşamlarında Kadına Yönelik Şiddet Olgularıyla Karşılaşma, Bildirim Yapma ve Bildirim Yapılan Kuruma Göre Dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin meslek hayatında kadına yönelik şiddet ile karşılaşma sayısı 284 (%67,8) kişi olarak tespit edilmiştir. Bu kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; 90'ı (%21,5) ebe, 92'si (%22,0) hemşire, 99'u (%23,6) hekim, 3'ü (%0,7) ise eczacı/dış hekimdir (Tablo 5).

Meslek hayatında kadına yönelik şiddet ile hiç karşılaşmayanların sayısı 135 (%32,2) kişidir. Bu kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde 32'si (%7,6) ebe, 87'si (%20,8) hemşire, 13'ü (%3,1) hekim, 3'ü (%0,7) ise eczacı/dış hekimdir. Diğer meslek gruplarına göre hekimler (%23,6) kadına yönelik şiddet ile daha çok karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin meslek hayatında şiddete maruz kalan kadın ile karşılaştığında bildirim yapanların sayısı 282 (%67,3) kişidir. Bu kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; 89'u (%21,2) ebe, 113'ü (%27,0) hemşire, 78'i (%18,6) hekim, 2'si (%0,5) ise eczacı/dış hekimdir. Meslek hayatında şiddete maruz kalan kadını bildirim yapmayanların sayısı 137 (%32,7) kişidir. Bu

kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde 33'ü (%7,9) ebe, 66'sı (%15,8) hemşire, 34'ü (%8,1) hekim, 4'ü (%1,0) kişi ise eczacı/diğ hekimidir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin meslek hayatında şiddete maruz kalan kadın ile karşılaştığında; 'aile işlerine karışmam' diyerek bildirim yapmayanların sayısı 45 (%10,7) kişidir. Bu kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde 10'u (%2,4) ebe, 24'ü (%5,7) hemşire, 11'i (%2,6) ise hekimdir.

Meslek hayatında şiddete maruz kalmış bir kadını 'bildirimi nereye yapacağını bilmiyorum' diyerek bildirim yapmayanların sayısı 78 (%18,6) kişidir. Bu kişilerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde 19'u (%4,5) ebe, 34'ü (%8,1) hemşire, 21'i (%5,0) hekim, 4'ü (%1,0) ise eczacı/diğ hekimidir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalmış kadınla karşılaştığında bildirim yaptıkları kurumlar incelendiğinde; 277 (%67,1) kişi adli makamlara, 63 (%15,0) kişi sosyal hizmet kurumlarına ve 20 (%4,8) kişi her iki makama da bildirim yaptığını belirtmiştir. Katılımcılardan bildirimi sosyal hizmet kurumlarına yapanların 21 (%5,0) kişisi ebe, 28 (%6,7) kişisi hemşire, 12 (%2,9) kişisi hekim ve 2 (%0,5) kişisi eczacı ve diğ hekimidir. Katılımcılardan bildirimi adli makamlara yapanların 81 (%19,3) kişisi ebe, 111 (%26,5) kişisi hemşire, 82 (%19,6) kişisi hekim ve 3 (%0,7) kişisi eczacı ve diğ hekimidir. Yine katılımcılardan bildirimi her iki kuruma da yapanların 8 (%1,9) kişisi ebe, 11 (%2,6) kişisi hemşire, 1 (%0,2) kişisi hekimdir (Tablo 5).

Tablo 4.5. Sağlık Profesyonellerinin Meslek Yaşamlarında Kadına Yönelik Şiddet Olgularıyla Karşılaşma, Bildirim Yapma ve Bildirim Yapılan Kuruma Göre Dağılımları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Eczacı/Dış hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	122	29,1	179	42,7	112	26,7	6	1,4	419	100
Meslek Yaşamında Kadına Yönelik Şiddet İle Karşılaşma Durumları										
Evete	90	(%21,5)	92	(%22)	99	(%23,6)	3	(%0,7)	284	(%67,8)
Hayır	32	(%7,6)	87	(%20,8)	13	(%3,1)	3	(%0,7)	135	(%32,2)
Şiddete Maruz Kalmış Kadınla Karşılaştığında Bildirim Yapma Durumları										
Evete	89	(%21,2)	113	(%27,0)	78	(%18,6)	2	(%0,5)	282	(%67,3)
Hayır	33	(%7,9)	66	(%15,8)	34	(%8,1)	4	(%1,0)	137	(%32,7)
Bildirim Yapmama Nedenleri*										
Aile İşlerine Karışmak İstemem	10	(%2,4)	24	(%5,7)	11	(%2,6)	0	(%0,0)	45	(%10,7)
Bildirimi Nereye Yapacağımı bilmiyorum	19	(%4,5)	19	(%4,5)	21	(%5,0)	4	(%1,0)	78	(%18,6)
Bildirim Yapılan Kurum**										
Sosyal hizmet kurumu	21	(%5,0)	28	(%6,7)	12	(%2,9)	2	(%0,5)	63	(%15,0)
Adli makamlara	81	(%19,3)	111	(%26,5)	82	(%19,6)	3	(%0,7)	277	(%66,1)
Her ikisine de	8	(%1,9)	11	(%2,6)	1	(%0,2)	0	(%0,0)	20	(%4,8)

*Bildirim yapmayanlar boş bırakmışlardır.

**bildirim yapanlar işaretlemişlerdir.

4.2. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği ekonomik şiddet puanı; $9,2076 \pm 3,84538$, duygusal, psikolojik ve cinsel şiddet puanı; $10,7685 \pm 4,99582$, meşrulaştırıcı mitler puanı; $3,9308 \pm 1,65506$, neden açıklayıcı mitler puanı; $5,0000 \pm 1,97835$ toplam ölçek puanı ise $28,9069 \pm 8,60057$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 6). Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği, puan ortalamalarıyla modern ve çağdaş tutum eğiliminde oldukları saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin, alt gruplarından; Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞiTö2) puan ortalamalarıyla ($10,76 \pm 4,99$) daha gelenekselci bir tutum benimsedikleri saptanmıştır.

Tablo 4.6. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin (ŞİTÖ) Alt Grup ve Genel Puan Ortalamaları

ŞİTÖ Alt Grup	N	Minimum puan	Maximum puan	Ortalama puan	Std. Deviation
Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1)	419	7,00	35,00	9,2076	3,84538
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	419	6,00	30,00	10,7685	4,99582
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	419	3,00	12,00	3,9308	1,65506
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	419	3,00	13,00	5,0000	1,97835
ŞİTÖ TOPLAM	419	19,00	64,00	28,9069	8,60057

Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, yaş gruplarına göre Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) genel puan ortalamaları arasındaki fark hem varyans analizi hemde ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın Tukey testi ile 60 yaş ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 7).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, yaş gruplarına göre Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel puan ortalamaları arasındaki fark hem Varyans analizi hem de ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumunun, yaş grupları ile Meşrulaştırıcı Mitler ile Şiddet (ŞİTÖ3) genel puan ortalamaları arasındaki fark hem Varyans analizi hem de ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7).

Şiddet tutumu genel ortalaması yaş grupları ile karşılaştırılması ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 30-39 yaş grubundaki profesyonellerinin kadına yönelik şiddete bakış açısı daha modern bir yaklaşımda olup yaş arttıkça gelenekselci bir bakış açısı hakim olmaktadır (Tablo 7).

Tablo 4.7. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımları

	Yaş	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	20-29	163	8,6871	3,44359	7,00	31,00	0,003	0,003	4,170
	30-39	102	8,7353	3,23938	7,00	28,00			
	40-49	129	9,9767	4,35435	7,00	35,00			
	50-59	20	9,8500	4,38028	7,00	24,00			
	60+	5	13,4000	6,50385	7,00	22,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	20-29	163	10,2454	4,65222	6,00	30,00	0,019	0,000 <0,001	5,280
	30-39	102	9,5196	4,00181	6,00	30,00			
	40-49	129	12,1395	5,62603	6,00	30,00			
	50-59	20	12,5000	5,88039	6,00	30,00			
	60+	5	11,0000	4,84768	6,00	19,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	20-29	163	3,6442	1,34109	3,00	11,00	0,001	0,000 <0,001	5,177
	30-39	102	3,8725	1,66900	3,00	12,00			
	40-49	129	4,2093	1,72606	3,00	12,00			
	50-59	20	4,1000	2,12504	3,00	11,00			
	60+	5	6,6000	3,36155	3,00	11,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	20-29	163	5,0184	1,92602	3,00	13,00	0,541	0,389	1,034
	30-39	102	4,7549	1,98727	3,00	12,00			
	40-49	129	5,1705	2,04299	3,00	12,00			
	50-59	20	4,7500	2,04875	3,00	10,00			
	60+	5	6,0000	1,22474	4,00	7,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	20-29	163	27,5951	7,74329	19,00	55,00	0,150	0,000	7,143
	30-39	102	26,8824	7,97433	19,00	64,00			
	40-49	129	31,4961	8,96532	19,00	62,00			
	50-59	20	31,2000	10,40546	19,00	59,00			
	60+	5	37,0000	10,51190	23,00	51,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

Sağlık profesyonellerinin kadına y6nelik Şiddete ilişkin tutum 6l6eğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının cinsiyete g6re dağılımları incelendiğinde;

Sağlık profesyonellerinin kadına y6nelik Şiddete ilişkin tutum 6l6eğinin, cinsiyete g6re; Ekonomik Şiddet (ŐİT61) genel toplam puan varyans analizi ve ANOVA analizine g6re anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerde Ekonomik Şiddet (ŐİT61) puan ortalaması kadınlara g6re daha y6ksek bulunmuştur. Erkekler kadınlara g6re daha gelenekselci tutum eğilimindedir (Tablo 8).

Sağlık profesyonellerinin kadına y6nelik Şiddete ilişkin tutum 6l6eğinin, cinsiyete g6re; Meşrulaştırıcı Mitler (ŐİT63) genel toplam puanı ANOVA analizine g6re istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerde puan ortalaması kadınlara g6re daha y6ksek bulunmuştur (Tablo 8).

Ayrıca sağlık profesyonellerinin kadına y6nelik Şiddete ilişkin tutum 6l6eğinin, cinsiyete g6re; Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalama değerleri ANOVA testine g6re istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$). Kadınlarda erkeklere g6re puan ortalaması daha d6Őuk saptandı. Kadınlar erkeklere g6re daha modern yaklaşımda bulunmaktadır (Tablo 8).

Tablo 4.8. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımları

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	Kadın	355	8,8873	3,21081	7,00	28,00	0,000	0,000 <0,001	16,733
	Erkek	64	10,9844	6,03296	7,00	35,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	Kadın	355	10,6451	5,12479	6,00	30,00	0,077	0,234	1,420
	Erkek	64	11,4531	4,17829	6,00	24,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	Kadın	355	3,8507	1,63566	3,00	12,00	0,298	0,019	5,500
	Erkek	64	4,3750	1,70434	3,00	11,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	Kadın	355	4,8901	1,96919	3,00	13,00	0,808	0,07	7,24
	Erkek	64	5,6094	1,93232	3,00	10,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	Kadın	355	28,2732	8,37040	19,00	64,00	0,836	0,000	12,978
	Erkek	64	32,4219	9,07081	19,00	62,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumunun, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımları incelendiğinde;

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, medeni duruma göre; Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) genel toplam puanı ANOVA analizine göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Evlilerde Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalaması $9,51 \pm 3,92$; bekarlara $8,78 \pm 3,70$ göre daha yüksek bulunmuştur. Evli sağlık profesyonellerinin daha gelenekselci bir tutumda olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin medeni duruma göre Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3) genel toplam puanı ANOVA analizine göre anlamlı saptandı ($p < 0,05$). Evlilerde puan ortalaması ($4,08 \pm 1,77$) bekarlara ($3,71 \pm 1,46$) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, medeni duruma göre; Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalama değerleri ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Evli olan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum toplam puan ortalaması (ŞİTO Toplam) $29,71 \pm 8,47$, bekar olan sağlık profesyonellerinin toplam puan ortalaması (ŞİTO Toplam) $27,79 \pm 8,66$ olarak hesaplanmıştır. Bekar sağlık profesyonellerinin evlilere göre daha çağdaş bir görüşe sahip oldukları görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 4.9. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

	Medeni durum	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	Evli	242	9,5165	3,92483	7,00	35,00	0,094	0,050	3,721
	Bekar	177	8,7853	3,70338	7,00	31,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	Evli	242	11,0165	4,97793	6,00	30,00	0,646	0,235	1,413
	Bekar	177	10,4294	5,01439	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	Evli	242	4,0868	1,77017	3,00	12,00	0,030	0,024	5,139
	Bekar	177	3,7175	1,46139	3,00	12,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	Evli	242	5,0992	1,96823	3,00	12,00	0,648	0,231	1,141
	Bekar	177	4,8644	1,98967	3,00	13,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	Evli	242	29,7190	8,47718	19,00	62,00	0,960	0,024	5,158
	Bekar	177	27,7966	8,66769	19,00	64,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının mesleklere göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, mesleklere göre; Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan varyans analizine göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tukey testi ile fark ebelerden kaynaklandığı bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan ortalaması $10,76 \pm 4,99$ hesaplanmıştır. Ebelerin Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan ortalaması $11,08 \pm 5,082$ 'dir. Ebeler diğer mesleklere göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 10).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, mesleklere göre; Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3) genel toplam puan varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekler arası farka göre diş hekimi ve eczacıların Meşrulaştırıcı Mitlerde (ŞİTÖ3) aldığı genel puan ortalamalarının düşük olması şiddet tutumunun çağdaş bir bakış açısına sahip olduklarını göstermektedir (Tablo 10).

Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, mesleklere göre Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalaması $28,90$

$\pm 8,60$ olarak hesaplanmıştır ve Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) puan ortalama değerleri varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testi ile farkın Ebeler Şiddet Tutumu (ŞİTÖ Toplam puan ort: $29,7213 \pm 9,46$) ve eczacı ve diş hekimi Şiddet Tutumu (ŞİTÖ Toplam puan ort: $23,16 \pm 4,21$) kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 10). Ayrıca meslek gruplarının ortalama puanlarının minimum değerlere yakın olması şiddetteki tutumlarının modern bir bakış açısına sahip olduklarını göstermektedir.



Tablo 4.10. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımları

	Meslek	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	Ebe	122	9,5410	3,99824	7,00	28,00	0,220	0,696	0,480
	Hemşire	179	9,1061	3,79753	7,00	31,00			
	Hekim	112	9,0446	3,85173	7,00	35,00			
	Eczacı/ Dişhekimi	6	8,5000	1,51658	7,00	11,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duyusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	Ebe	122	11,0820	5,04622	6,00	30,00	0,024	0,297	1,233
	Hemşire	179	10,9385	5,50910	6,00	30,00			
	Hekim	112	10,3125	4,03594	6,00	23,00			
	Eczacı/ Dişhekimi	6	7,8333	3,12517	6,00	14,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	Ebe	122	4,0738	1,76826	3,00	12,00	0,022	0,238	1,413
	Hemşire	179	3,8045	1,70287	3,00	12,00			
	Hekim	112	4,0268	1,46712	3,00	11,00			
	Eczacı/ Dişhekimi	6	3,0000	,00000	3,00	3,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	Ebe	122	5,0246	2,04682	3,00	12,00	0,187	0,392	1,002
	Hemşire	179	4,9274	2,07994	3,00	13,00			
	Hekim	112	5,1518	1,75638	3,00	10,00			
	Eczacı/ Dişhekimi	6	3,8333	,98319	3,00	5,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	Ebe	122	29,7213	9,46176	19,00	64,00	0,015	0,260	1,342
	Hemşire	179	28,7765	8,83401	19,00	62,00			
	Hekim	112	28,5357	7,23471	19,00	51,00			
	Eczacı/ Dişhekimi	6	23,1667	4,21505	19,00	31,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, eğitim durumlarına göre; Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalamalarının $9,20 \pm 3,84$ olduğu hesaplanmıştır (Tablo 11). Eğitim durumlarına göre Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalamalarının varyans analizinde ve ANOVA

da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkı oluşturan grup Tukey testine göre lise ve lisans mezunlarıdır. Lise mezunları Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalaması $11,50 \pm 6,12$ puan almıştır Lisans mezunları Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalaması $8,67 \pm 3,03$ puan almıştır (Tablo 11).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, eğitim durumlarına göre; Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan ortalaması $10,76 \pm 4,99$ olarak hesaplanmıştır. Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan ortalaması varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça ŞİTO 2 puanlamada ortalamasını azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, eğitim durumlarına göre; Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3) toplam puan ortalamaları $3,93 \pm 1,65$ olarak hesaplanmıştır. Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3) toplam puan ortalamaları varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık profesyonellerinin Meşrulaştırıcı Mitlerde (ŞİTÖ3) aldığı genel puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır (Tablo 11).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, eğitim durumlarına göre; Neden Açıklayıcı Mitler (ŞİTÖ4) toplam puan ortalamaları $5,00 \pm 1,97$ olarak hesaplanmış ayrıca Neden Açıklayıcı Mitler (ŞİTÖ4) toplam puan ortalamaları varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Lise mezunlarında neden açıklayıcı mitler puan ortalaması diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, eğitim durumlarına göre; Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalamaları $28,90 \pm 8,60$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 11). Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalamalarının varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 4.11. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

	Eğitim Durumu	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	Lise	42	11,5000	6,12572	7,00	31,00	0,000	0,000 <0,001	7,091
	Ön-lisans	54	9,8148	3,73699	7,00	22,00			
	Lisans	201	8,6766	3,03972	7,00	28,00			
	Lisansüstü/Doktora	122	9,0246	3,80618	7,00	35,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	Lise	42	11,6190	5,81819	6,00	30,00	0,026	0,331	1,145
	Ön-lisans	54	11,0000	4,96782	6,00	30,00			
	Lisans	201	10,9104	5,34247	6,00	30,00			
	Lisansüstü/Doktora	122	10,1393	4,00684	6,00	22,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	Lise	42	4,4048	2,13061	3,00	10,00	0,000	0,013	3,617
	Ön-lisans	54	4,3519	2,20768	3,00	12,00			
	Lisans	201	3,7065	1,43123	3,00	12,00			
	Lisansüstü/Doktora	122	3,9508	1,47066	3,00	11,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	Lise	42	6,0714	2,56042	3,00	13,00	0,045	0,002	4,882
	Ön-lisans	54	4,9259	1,90185	3,00	12,00			
	Lisans	201	4,8109	1,93238	3,00	12,00			
	Lisansüstü/Doktora	122	4,9754	1,75557	3,00	10,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	Lise	42	33,5952	12,62607	19,00	59,00	0,000	0,001	5,634
	Ön-lisans	54	30,0926	8,48143	19,00	57,00			
	Lisans	201	28,1045	8,07552	19,00	64,00			
	Lisansüstü/Doktora	122	28,0902	7,22599	19,00	51,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının, şiddet olgusu ile karşılaştırıldığında bildirim yapıp yapmamasına göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, şiddet olgusu ile karşılaştırıldığında bildirim yapıp yapmamasına göre;

Ekonomik Şiddet (ŞİTÖ1) puan ortalamalarının varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadına yönelik şiddetle karşılaşıldığında bildirim yapanlarda ŞİTO 1 puanlamada ortalama azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapıp yapmamasına göre; Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet (ŞİTÖ2) genel toplam puan ortalamalarının ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadına yönelik şiddetle karşılaşıldığında bildirim yapanlarda yapmayanlara göre ŞİTO 2 puanlama ortalaması daha az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapıp yapmamasına göre; Meşrulaştırıcı Mitler (ŞİTÖ3) puan ortalamalarının varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeğinin, şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapıp yapmamasına göre; Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) genel puan ortalamalarının varyans analizinde ve ANOVA da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Şiddet Tutumu (ŞİTO Toplam) puanlamanın bildirim yapanlarda yapmayanlara göre azaldığı gözlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 4.12. Sağlık Profesyonellerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Şiddet Olgusu ile Karşılaştığında Bildirim Yapıp Yapmamasına Göre Dağılımları

	KYŞ Bildirim Yaptın mı?	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Ekonomik Şiddet ŞİTÖ1	Evet	282	8,8901	3,40587	7,00	35,00	0,000	0,015	5,952
	Hayır	137	9,8613	4,56519	7,00	31,00			
	Toplam	419	9,2076	3,84538	7,00	35,00			
Duygusal, Psikolojik, Cinsel Şiddet ŞİTÖ2	Evet	282	10,3156	4,68317	6,00	30,00	0,328	0,008	7,193
	Hayır	137	11,7007	5,48576	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,7685	4,99582	6,00	30,00			
Meşrulaştırıcı Mitler ŞİTÖ3	Evet	282	3,7872	1,42828	3,00	12,00	0,000	0,011	6,575
	Hayır	137	4,2263	2,01827	3,00	12,00			
	Toplam	419	3,9308	1,65506	3,00	12,00			
Neden Açıklayıcı Mitler ŞİTÖ4	Evet	282	4,9291	2,00052	3,00	13,00	0,486	0,293	1,109
	Hayır	137	5,1460	1,93094	3,00	12,00			
	Toplam	419	5,0000	1,97835	3,00	13,00			
ŞİTO TOPLAM Şiddet Tutumu	Evet	282	27,9220	7,94874	19,00	64,00	0,017	0,001	11,598
	Hayır	137	30,9343	9,52103	19,00	62,00			
	Toplam	419	28,9069	8,60057	19,00	64,00			

4.3. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin İncelenmesi

Tablo 4.13. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin Alt Grup ve Genel Puan Ortalamaları

ŞMRİT Alt Gruplar	N	Minimum puan	Maximum puan	Ortalama puan	Std. Deviation
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	419	6,00	30,00	10,3699	4,95039
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	419	4,00	20,00	7,3819	3,15049
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	419	3,00	15,00	6,5155	2,94066
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	419	2,00	10,00	4,0382	1,69674
ŞMRİTÖ TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	419	15,00	60,00	28,3055	8,56007

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, destekleyici girişimler ortalama puanı; $10,3699 \pm 4,95039$, evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik ortalama puanı; $7,3819 \pm 3,15049$, şiddete ilişkin mesleki rolüne olumsuz bakış ortalama puanı; $6,5155 \pm 2,94066$, evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik ortalama puanı; $4,0382 \pm 1,6967$ ve ölçeğin toplam puan ortalaması 28.30 ± 8.56 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının, yaşa göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, yaşa göre; destekleyici girişimleri (ŞMRİTÖ1) alt grup ve ŞMRİT genel puan ortalamaları arasındaki fark ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 14).

Sağlık profesyonellerinin yaş gruplarına göre evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik tutumları (ŞMRİTÖ2) ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Tukey testi ile 40-49 yaşları arası grupta ortalama diğer gruplara göre en yüksek olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubu diğer yaş gruplarına göre

kadına yönelik şiddet olgularında evliliği her koşulda sürdürmeye çalıştığı saptanmıştır (Tablo 14).

Sağlık profesyonellerinin şiddete yönelik mesleki role olumsuz bakış tutumunun (ŞMRİTÖ3)) alt grup ve ŞMRİT genel puan ortalamaları arasındaki fark ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 60 ve üzeri yaş grubunda ortalama en yüksektir. 60+ yaş grubu sağlık profesyonellerinin diğer gruplara göre kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin rollerinin daha az olduğunu düşündüğü saptanmıştır (Tablo 14).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaş grupları ile şiddette sağlık profesyonellerinin evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik bakışı (ŞMRİTÖ4) alt grup ve ŞMRİT genel puan ortalamaları arasındaki fark ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaş grupları ile şiddette sağlık profesyonellerinin ŞMRİTÖ Toplam genel puan ortalamaları ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 4.14. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Yaşa Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	Yaş	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	20-29	163	8,9387	4,12714	6,00	30,00	0,073	0,000 <0,001	7,039
	30-39	102	10,8431	5,10435	6,00	28,00			
	40-49	129	11,2713	5,06944	6,00	30,00			
	50-59	20	13,2500	6,60044	6,00	30,00			
	60+	5	12,6000	4,56070	7,00	17,00			
	Toplam	419	10,3699	4,95039	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	20-29	163	6,9080	3,22760	4,00	20,00	0,924	0,001	5,106
	30-39	102	6,9216	2,89652	4,00	16,00			
	40-49	129	8,4031	3,12630	4,00	20,00			
	50-59	20	7,1000	2,82657	4,00	12,00			
	60+	5	7,0000	2,00000	5,00	10,00			
	Toplam	419	7,3819	3,15049	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	20-29	163	5,7239	2,59935	3,00	15,00	0,525	0,000 <0,001	5,443
	30-39	102	6,7843	3,10741	3,00	15,00			
	40-49	129	7,1240	2,98174	3,00	15,00			
	50-59	20	7,3000	3,01051	3,00	12,00			
	60+	5	8,0000	3,67423	3,00	12,00			
	Toplam	419	6,5155	2,94066	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	20-29	163	4,1104	1,77084	2,00	10,00	0,611	0,050	2,387
	30-39	102	3,6569	1,60133	2,00	10,00			
	40-49	129	4,2481	1,66316	2,00	9,00			
	50-59	20	3,8000	1,43637	2,00	7,00			
	60+	5	5,0000	2,00000	2,00	7,00			
	Toplam	419	4,0382	1,69674	2,00	10,00			
ŞMRİTÖ TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	20-29	163	25,6810	8,06356	15,00	54,00	0,837	0,000 <0,001	8,732
	30-39	102	28,2059	8,52874	15,00	56,00			
	40-49	129	31,0465	8,17280	15,00	60,00			
	50-59	20	31,4500	9,12760	16,00	52,00			
	60+	5	32,6000	7,63544	22,00	42,00			
	Toplam	419	28,3055	8,56007	15,00	60,00			

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının cinsiyete ve meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği hesaplanmıştır (Tablo 15-16).

Tablo 4.15. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Cinsiyete Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	Kadın	355	10,4225	5,05524	6,00	30,00	0,217	0,609	0,262
	Erkek	64	10,0781	4,34725	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,3699	4,95039	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	Kadın	355	7,3408	3,04475	4,00	20,00	0,087	0,531	0,393
	Erkek	64	7,6094	3,70164	4,00	20,00			
	Toplam	419	7,3819	3,15049	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	Kadın	355	6,5070	2,94235	3,00	15,00	0,896	0,890	0,019
	Erkek	64	6,5625	2,95401	3,00	15,00			
	Toplam	419	6,5155	2,94066	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	Kadın	355	4,0592	1,69058	2,00	10,00	0,655	0,552	0,354
	Erkek	64	3,9219	1,73941	2,00	10,00			
	Toplam	419	4,0382	1,69674	2,00	10,00			
SMRİTO TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	Kadın	355	28,3296	8,60437	15,00	60,00	0,628	0,892	0,018
	Erkek	64	28,1719	8,37524	15,00	54,00			
	Toplam	419	28,3055	8,56007	15,00	60,00			

Tablo 4.16. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Mesleklere Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	Meslek	N	Ort.	Std. Sapma	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	Ebe	122	11,0492	5,41478	6,00	30,00	0,217	0,609	0,262
	Hemşire	179	9,9050	4,33265	6,00	30,00			
	Hekim	112	10,2857	5,22025	6,00	30,00			
	Eczacı/Diş Hekimi	6	12,0000	6,60303	6,00	24,00			
	Toplam	419	10,3699	4,95039	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	Ebe	122	7,9180	3,37612	4,00	20,00	0,087	0,531	0,393
	Hemşire	179	7,3799	3,11048	4,00	20,00			
	Hekim	112	6,8750	2,90735	4,00	19,00			
	Eczacı/Diş Hekimi	6	6,0000	2,60768	4,00	11,00			
	Toplam	419	7,3819	3,15049	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	Ebe	122	6,8689	2,88613	3,00	15,00	0,896	0,890	0,019
	Hemşire	179	6,4581	3,10349	3,00	15,00			
	Hekim	112	6,2143	2,74577	3,00	15,00			
	Eczacı/Diş Hekimi	6	6,6667	2,42212	4,00	11,00			
	Toplam	419	6,5155	2,94066	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	Ebe	122	4,2459	1,62781	2,00	8,00	0,655	0,552	0,354
	Hemşire	179	3,8771	1,76307	2,00	10,00			
	Hekim	112	4,0893	1,64702	2,00	8,00			
	Eczacı/Diş Hekimi	6	3,6667	1,86190	2,00	6,00			
	Toplam	419	4,0382	1,69674	2,00	10,00			
SMRİTO TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	Ebe	122	30,0820	8,73256	15,00	60,00	0,628	0,892	0,018
	Hemşire	179	27,6201	8,52695	15,00	56,00			
	Hekim	112	27,4643	8,23411	15,00	53,00			
	Eczacı/Diş Hekimi	6	28,3333	8,77876	18,00	43,00			
	Toplam	419	28,3055	8,56007	15,00	60,00			

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının, medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, medeni durumlarına göre kadına destekleyici girişim (ŞMRİTÖ1) toplam puan ortalamaları $10,36 \pm 4,9$ olarak hesaplanmıştır ve ANOVA testine göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bekar sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet olgularında destekleyici girişim (ŞMRİTÖ1) puan ortalamaları $9,1 \pm 4,64$ iken; evli

sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet olgularında destekleyici girişim (ŞMRİTÖ1) puan ortalamaları $11,23 \pm 4,99$ hesaplanmıştır (Tablo 17).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik (ŞMRİTÖ2) ifadelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilerin bekarlara göre aldıkları yüksek puan ortalamasıyla; gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Sağlık profesyonellerinin şiddete yönelik mesleki role olumsuz bakış (ŞMRİTÖ3) sorularına verdikleri yanıtlar ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddetin önlenmesinde mesleki rolün katkısının olduğu düşünceleri evlilere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik tutumları (ŞMRİTÖ4) her iki grubun puan ortalamaları birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır ve minimum değere yakınlığı her iki grubun da modern görüşe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 17).

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının medeni durumlarına göre incelendiğinde; şiddette mesleki role ilişkin tutum (ŞMRİTÖ Toplam) genel puan ortalamaları arasındaki fark ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilerin bekarlara göre daha gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 4.17. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	Medeni durum	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	Evli	242	11,2397	4,99547	6,00	30,00	0,351	0,000 <0,001	18,420
	Bekar	177	9,1808	4,64429	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,3699	4,95039	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	Evli	242	7,6694	3,00177	4,00	18,00	0,606	0,029	4,816
	Bekar	177	6,9887	3,31146	4,00	20,00			
	Toplam	419	7,3819	3,15049	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	Evli	242	6,9711	3,07904	3,00	15,00	0,062	0,000 <0,001	14,182
	Bekar	177	5,8927	2,62306	3,00	15,00			
	Toplam	419	6,5155	2,94066	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	Evli	242	3,9959	1,61296	2,00	10,00	0,061	0,551	0,356
	Bekar	177	4,0960	1,80807	2,00	10,00			
	Toplam	419	4,0382	1,69674	2,00	10,00			
SMRİTO TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	Evli	242	29,8760	8,32989	15,00	60,00	0,828	0,000 <0,001	20,169
	Bekar	177	26,1582	8,42533	15,00	54,00			
	Toplam	419	28,3055	8,56007	15,00	60,00			

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının, eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik (ŞMRİTÖ2) ifadelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 18). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık çalışanlarının ortalama puanları düşmüş ve gelenekselci eğilime yöneldikleri saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin şiddete yönelik mesleki role olumsuz bakış (ŞMRİTÖ3) sorularına verdikleri yanıtlar ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 18). Eğitim düzeyinin artması sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddetin önlenmesinde mesleki rolün katkısının olduğu düşüncelerinin de arttığını göstermiştir.

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ŞMRİT genel puan ortalamaları arasındaki fark varyans analizi ve ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı

bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 18). Eğitim düzeyinin düşmesi gelenekselci eğilimin artışına neden olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artışıyla çalışanların modern bir görüşe sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.18. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının, Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	Eğitim Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	Lise	42	11,2143	5,8290	6,00	30,00	0,323	0,341	1,12
	Ön-lisans	54	11,0926	4,1266	6,00	24,00			
	Lisans	201	10,2537	5,0675	6,00	30,00			
	Lisansüstü/ Doktora	122	9,9508	4,7496	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,3699	4,9503	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdürmeye Yönelik ŞMRİTÖ2	Lise	42	8,0000	3,5749	4,00	20,00	0,355	0,019	3,35
	Ön-lisans	54	8,2778	2,8905	4,00	14,00			
	Lisans	201	7,3532	3,2403	4,00	20,00			
	Lisansüstü/ Doktora	122	6,8197	2,8517	4,00	19,00			
	Toplam	419	7,3819	3,1504	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	Lise	42	6,6905	2,9507	3,00	12,00	0,427	0,018	3,37
	Ön-lisans	54	7,5741	3,0996	3,00	15,00			
	Lisans	201	6,4627	2,9257	3,00	15,00			
	Lisansüstü/ Doktora	122	6,0738	2,8025	3,00	15,00			
	Toplam	419	6,5155	2,9406	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	Lise	42	4,2857	2,0396	2,00	9,00	0,144	0,247	1,38
	Ön-lisans	54	3,6481	1,4814	2,00	8,00			
	Lisans	201	4,1095	1,7023	2,00	10,00			
	Lisansüstü/ Doktora	122	4,0082	1,6388	2,00	8,00			
	Toplam	419	4,0382	1,6967	2,00	10,00			
SMRİTO TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	Lise	42	30,1905	10,854	15,00	60,00	0,17	0,023	3,20
	Ön-lisans	54	30,5926	7,4871	15,00	49,00			
	Lisans	201	28,1791	8,4568	15,00	56,00			
	Lisansüstü/ Doktora	122	26,8525	8,0449	15,00	53,00			
	Toplam	419	28,3055	8,5600	15,00	60,00			

Sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin, alt grup ve genel puan ortalamalarının şiddet olgusu ile karşılaştırıldığında bildirim yapıp yapmamasına göre dağılımları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette bildirim yapıp yapmama durumlarına göre; kadına destekleyici girişim (ŞMRİTÖ1) sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları ANOVA testi göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bildirim yapan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet olgularında kadınlara daha modern bir destekleyici girişim gösterdiği saptanmıştır (Tablo 19).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik (ŞMRİTÖ2) ifadelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bildirim yapmayan sağlık profesyonellerinin, bildirim yapanlara göre daha gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Sağlık profesyonellerinin şiddete yönelik mesleki role olumsuz bakış (ŞMRİTÖ3) sorularına verdikleri yanıtların puan ortalaması ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bildirim yapan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddetin önlenmesinde mesleki rolün katkısının olduğu düşünceleri yapmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette bildirim yapıp yapmama durumlarına göre evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik tutumları (ŞMRİTÖ4) sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları varyans analizi testine göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki grubun puan ortalamaları birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır ve minimum değere yakınlığı her iki grubun da modern görüşe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 19).

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette bildirim yapıp yapmama durumlarına göre incelendiğinde Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum (ŞMRİTÖ Toplam) genel puan ortalamaları arasındaki fark ANOVA testi analizi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bildirim yapmayan sağlık profesyonellerinin, bildirim yapanlara göre daha gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 4.19. Sağlık Profesyonellerinin Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin, Alt Grup ve Genel Puan Ortalamalarının Şiddet Olgusu ile Karşılaştığında Bildirim Yapıp Yapmamasına Göre Dağılımları

ŞMRİT Alt Gruplar	KYŞ Bildirim Yaptın mı?	N	Ort.	Std. Deviation	Min. Puan	Maks. Puan	P Varyans	P ANOVA	F
Destekleyici Girişimleri ŞMRİTÖ1	Evet	282	9,9504	4,76916	6,00	30,00	0,366	0,013	6,274
	Hayır	137	11,2336	5,21630	6,00	30,00			
	Toplam	419	10,3699	4,95039	6,00	30,00			
Evliliği Her Koşulda Sürdüremeye Yönelik ŞMRİTÖ2	Evet	282	7,0674	2,98020	4,00	20,00	0,422	0,003	8,753
	Hayır	137	8,0292	3,39537	4,00	20,00			
	Toplam	419	7,3819	3,15049	4,00	20,00			
Şiddete İlişkin Mesleki Rolüne Olumsuz Bakış ŞMRİTÖ3	Evet	282	6,2270	2,75285	3,00	15,00	0,053	0,004	8,453
	Hayır	137	7,1095	3,22371	3,00	15,00			
	Toplam	419	6,5155	2,94066	3,00	15,00			
Evlilik Birlikteliğini Sonlandırmaya Yönelik ŞMRİTÖ4	Evet	282	3,9291	1,58797	2,00	9,00	0,010	0,059	3,588
	Hayır	137	4,2628	1,88754	2,00	10,00			
	Toplam	419	4,0382	1,69674	2,00	10,00			
SMRİTO TOPLAM Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutum	Evet	282	27,1738	7,98675	15,00	60,00	0,119	0,000	15,602
	Hayır	137	30,6350	9,23538	15,00	56,00			
	Toplam	419	28,3055	8,56007	15,00	60,00			

5. TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet, mağdur kadınlarla beraber tüm toplumu etkileyen geçmişten günümüze kadar süregelen evrensel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet mağduru kadınların en çok başvurduğu kurumların başında sağlık kurumları gelir. Buna bağlı olarak sağlık profesyonellerinin şiddet ile ilgili tutumları; kadına yönelik şiddet ile mücadelede, şiddetin çözümünde, erken saptanmasında, şiddete yönelik önlemlerin alınmasında ve şiddetin sağlık sorunlarının ortadan kaldırılmasında fayda sağlayacak önemli bir yere sahiptir.

Araştırmamızda kadına sağlık hizmeti veren kadın hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerinin, kadına yönelik şiddet ve şiddette mesleki role ilişkin tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddeti konusunda tutumları belirlenmiş, sağlık profesyonellerinin, tutumları ile sosyo-demografik özellikleri, meslekleri, çalışma özellikleri, kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve deneyimleri açıklanmıştır.

ABD’de Hinderliter, Doughty, Delaney, Pitula ve Campbell (2003), 577 hemşire üzerinde yaptıkları araştırmada, katılımcıların %77,9’u meslek eğitimi süresince; kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Bizim araştırmamız da ise; sağlık profesyonellerinin %12,41’i meslek eğitimi süresince şiddet konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Araştırmamıza benzer olarak; Yayla’nın (2009) yaptığı araştırmada; sağlık profesyonellerinin %14,5’inin meslek eğitimi süresince şiddet konusunda eğitim aldığını tespit edilmiştir (Yayla, 2009). 2018 yılında Kara ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada; sağlık profesyonellerinin %15,6’sının meslek eğitimi süresince şiddet konusunda eğitim aldığını bildirmiştir (P. Kara ve ark., 2018).

Ülkemizde bu durumun; sağlık profesyonelleri yetiştiren okulların ABD’ye göre; mesleki eğitim ders içeriğinin şiddet konusunda yetersiz kaldığını göstermektedir. Toplumsal sorun olan şiddetin önlenmesi; kadına yönelik şiddet ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda yeterli bilgiye sahip olması aynı zamanda; kadına yönelik şiddet ile karşılaştığında duyarlı davranabilmesi için mesleki eğitimlerinde şiddet konusunun daha geniş yer vermek gerektiği düşünülmektedir.

Öztürk ve Toprak'ın 2017 yılında İstanbul'da yaptıkları, hekim ve hemşirelerden oluşan araştırmaya göre; kadına yönelik şiddet ile karşılaştığında sağlık profesyonellerinin %50,9'u kendini yetersiz hissettiğinden kadınları başka kurumlara yönlendireceğini belirtmiştir (Öztürk, Toprak, 2017). Kara ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; sağlık profesyonellerinin %72,6'sının meslek hayatında kadına yönelik şiddet ile karşılaştığı, %55,1'inin ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte, %24,5'inin öykü almada zorlandığı belirtilmiştir (P. Kara ve ark., 2018). Yayla'nın yaptığı araştırmada %59,4'ü öykü almada veya raporlama/yasal süreçte yetersiz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Yayla 2009). Araştırmalara benzer olarak bizim araştırmamızda da; sağlık profesyonellerinin %74,2'si şiddet konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta veya bazen ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca; kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada kendilerini yeterli hissetmeyen veya bazen yeterli hisseden %62,8 olduğu saptanmıştır.

2011 yılında İzmir'de Gezgin tarafından 355 sağlık profesyoneline yapılan araştırmada; katılımcıların %67,6'sı kadına yönelik şiddet vakası ile karşılaşmışken ancak; %14,6'sı durumu polise, %7'si durumu sosyal hizmetler kurumuna bildirmiştir. Araştırmamızda ise; sağlık profesyonellerinin %67,8'i meslek hayatında kadına yönelik şiddet ile karşılaşmış ve %67,3'ü bildirim yaptığını ifade etmiştir. Bildirim yapılan kurumlar incelendiğinde; %67,1 adli makamlar, %15,0 sosyal hizmet kurumları ve %4,8'i her iki kurum şeklinde belirtilmiştir. (Tablo 5). Bildirim yapma oranının geçen yıllara göre artmasının kadına yönelik şiddete dikkat çekildiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %82,6'sı; kadına yönelik şiddet olgularına yeterli müdahale edilmediğini, %60,1'i; kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olduğunu, %80,7'si; rutin sağlık uygulamalarında kadına yönelik şiddetin sorgulanması gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmamıza ek olarak; Öztürk ve Toprak'ın yaptığı çalışmada; sağlık profesyonellerinin %79,2'si şiddeti sağlık sorunu olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (Öztürk, Toprak, 2017).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği; ekonomik şiddet puanı, $9,20 \pm 3,84$, duygusal, psikolojik ve cinsel şiddet puanı; $10,76 \pm 4,99$, meşrulaştırıcı mitler puanı; $3,93 \pm 1,65$, neden açıklayıcı mitler puanı; $5,00 \pm 1,97$ toplam ölçek puanı ise $28,90 \pm 8,60$ olarak hesaplanmıştır (Tablo

6). Bu sonuçlar sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin geleneksel tutumdan uzak ve çağdaş bir görüşe sahip olduklarını göstermektedir. Ancak Gömbül'ün (2000) araştırmasında hemşirelerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği; ekonomik şiddet puanı, 21, duygusal, psikolojik ve cinsel şiddet puanı; 18, meşrulaştırıcı mitler puanı; 9, neden açıklayıcı mitler puanı; 9, toplam ölçek puanı ise 57 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın alt gruplarında modern eğilim tespit edilmişken; genel ortalamada kadına yönelik şiddete ilişkin tutumun gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır. İki araştırma arasındaki puan farkının geçen yıllarla kadına yönelik şiddete olan farkındalığın artmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızla benzerlik gösteren Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı araştırmada; öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutum ölçeği; ekonomik şiddet puanı, $15,00 \pm 5,39$, duygusal, psikolojik ve cinsel şiddet puanı; $9,81 \pm 3,50$, meşrulaştırıcı mitler puanı; $5,71 \pm 2,45$, neden açıklayıcı mitler puanı; $6,12 \pm 2,24$, toplam ölçek puanı ise $38,99 \pm 10,77$ olarak hesaplanmış ve öğrencilerin modern eğilimde olduğu belirtilmiştir (Sabancıoğulları ve ark., 2016).

Yaşın; şiddet tutumunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Şiddet tutumu genel toplam ortalamasıyla 30-39 yaş grubu en modern tutuma sahip olmakla beraber; yaş ilerledikçe, bireylerin şiddete karşı tutumları gelenekselleştiği görülmüştür. Bu durum “tutumların uzun sürede gelişmesi ve kolay değişmeme özelliği, yaş arttıkça da geleneksel yapıların güçlenmesine sebep olması” ile açıklanabilir. Sağlık Profesyonellerinin yaşları arttıkça kendilerinden daha genç olanlara göre toplumsal normlara daha sıkı bağlanmaları, kültürümüzün genellikle şiddete uğrayan kadını destekleyici olmaması, Sağlık Porfesyonellerinin bunu öğrenilmiş çaresizlik olarak benimsemelerini sağlamış olabilir (N., Taşçı Koştı, 2003). Gömbül'ün (2000) araştırmasında da araştırmamıza benzer sonuçlar çıkmıştır; 35 yaş üzeri sağlık profesyonellerinin şiddet tutumunda geleneksel normlara bağlı kaldıkları saptanmıştır (Gömbül, 2000).

Kadına yönelik şiddet olgularında en önemli tutum farkı oluşturan faktörlerden birinin de cinsiyet olduğu görülmüştür. Bireyler yetiştikleri toplumun değer yargılarına doğrultusunda davranış oluşturduğu düşünülmektedir. Marshall ve Furr'un 2010 yılında yaptıkları Türkiye araştırmasında; şiddette kadınların ataerkil toplum inancını benimsediği bildirilmiştir (Marshall GA, Furr LA. 2010). Başka bir

araştırmada; erkek hemşire öğrencilerinin kadına yönelik şiddette, erkek egemen toplumun geleneksel tutumundan sıyrılmadığı ifade edilmiştir (Sabancıoğulları ve ark., 2016). Bizim araştırmamızda da cinsiyetin; kadına yönelik şiddet tutumunda farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kadın sağlık profesyonellerinin şiddet tutum ölçeği, yaşa göre; genel puan ortalaması $28,27 \pm 8,37$ iken; erkek sağlık profesyonellerinin şiddet tutum ölçeği genel puan ortalaması $32,42 \pm 9,07$ olarak hesaplanmıştır. Kadın sağlık profesyonelleri, erkek sağlık profesyonellerine göre; kadına yönelik şiddete karşı daha modern tutum içinde olduğu saptanmıştır. Kadınların şiddet mağduru kadınlara empati yapabilmelerinin yaklaşımlarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet tutumunun, medeni durumlarında anlamlı farklılıklar hesaplanmıştır. Araştırmamızdaki; şiddet tutumu genel puan ortalaması $28,90 \pm 8,60$ ile modern tutumu ifade ederken; evli sağlık profesyonellerinin $29,71$ puan ortalaması ile bekar sağlık profesyonellerine göre; daha gelenekselci tutum içinde olduğu saptanmıştır. Yayla'nın (2009)araştırmasında; kadına yönelik şiddet ile karşılaştığında bekar sağlık profesyonellerinin (%78.5) katılımcıların evli sağlık profesyonellerine (%62.4) göre daha yüksek oranda bildirimde bulunacakları ifade edilmiştir. Evli sağlık profesyonellerinin daha az oranda bildirimde bulunmaları, geleneksel eğilimde oldukları ve evlilik düzeninin bozulmasını istememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Yayla, 2009)

Kaya tarafından Mardin'de yapılan (2019) araştırmada; sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette tutum ve uygulamalarının öğrenim durumuna ve mesleğe göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Kaya, 2019). Çorum'da Duman ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada; kadın sağlık profesyonellerinin, hemşirelerin, yüksek lisans ve doktora mezunlarının kadına yönelik şiddet ile mücadele etmeye ve şiddeti araştırmaya yönelik görüşlere dahil olma oranlarının diğer sağlık profesyonellerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Duman, ark., 2016). Bizim araştırmamızda; sağlık profesyonellerinin mesleklerine göre, kadına yönelik şiddet tutumu genel puan ortalamasının ($28,90$) modern eğilimde olduğu saptanmıştır. Ancak; ebelerin şiddet tutumu puan ortalaması ($29,72$) ile diğer sağlık profesyonellerine göre daha gelenekselci tutum içinde olduğu saptanmıştır. Bu durumu; araştırmamıza katılan ebelerin yaş ortalamasının en sık 40-49 yaş grubunda olması gelenekselci eğilime yönelimi açıklayabilmektedir. Yaş arttıkça şiddete yönelik

tutumunda kültürel normlara daha sıkı bağlılık ve geleneksel tutumun benimsendiği saptanmıştır..

Araştırmamızda eğitim durumunun şiddette tutumu etkilediği görülmüştür. Lisans ve lisansüstü mezunu sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet tutumunda; lise ve ön lisans mezunu sağlık profesyonellerine göre daha modern bir tutum sergilediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarında, modern yönde destekleyici girişimleri (ŞMRİTÖ1 puan ort: 10,36) benimsedikleri, evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik (ŞMRİTÖ2 puan ort:7,38) çağdaş görüşlere sahip oldukları, şiddete ilişkin mesleki rolüne olumsuz bakış (ŞMRİTÖ3 puan ort: 6,5) çağdaş görüş sergiledikleri ve evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik (ŞMRİTÖ4 puan ort: 4,03) modern tutum benimsedikleri görülmüştür. Sağlık profesyonelleri şiddette mesleki rollerine ilişkin çağdaş görüş, modern tutum sergiledikleri saptanmıştır (ŞMRİTÖ Toplam puan ort:28.30 ± 8.56).

Taşçı Koştu'nun yaptığı (2003) '*Ebelerin aile içinde kadına uygulanan şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları*' adlı araştırmasına göre; ebeler (ŞMRİTÖ toplam puan ortalamaları; 35,89 ± 5,87) mesleki rollerine ilişkin modern tutum eğilimde olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırma da ebelerin eğitim düzeyleri ve meslekte çalışma sürelerine tutumlarında farklılıklar olduğu saptanmıştır (N., Taşçı Koştu, 2003). Benzer olarak araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin çağdaş görüş, modern tutum sergiledikleri saptanmıştır (ŞMRİTÖ Toplam puan ort:28.30 ± 8.56). Ancak araştırmamızda meslek grupları arasında; kadına yönelik şiddette mesleki rollere ilişkin tutumun farklılık gösterdiği saptanmış olup diğer sağlık profesyonellerine göre; ebelerin (ŞMRİTÖ Toplam puan ort:30,08 ± 8,73) daha gelenekselci tutum benimsediği saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının cinsiyete ve meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği hesaplanmıştır.

Araştırmamız sonucu yaşın; şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumda anlamlı farklılıklar oluşturduğunu göstermiştir. Yaş grupları mesleki rollere ilişkin tutumda genel olarak modern yaklaşıma sahiplerken; yaş grupları arasında yaş arttıkça sağlık profesyonellerinin tutumlarının gelenekselleştiği görülmektedir. 30-39 yaş grubunun

en modern tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamıza benzer paralellikte olan Gömbül'ün (2000) araştırmasında 35 yaş ve üzeri hemşirelerin daha gelenekselci tutum benimsediklerini bildirmiştir (Gömbül, 2000).

Medeni durumun kadına yönelik şiddette mesleki rollere ilişkin tutumlarını etkileyen nedenlerden biri olarak saptanmıştır. Araştırmamızda evli sağlık profesyonellerinin bekar sağlık profesyonellerine göre daha gelenekselci bir tutum içinde olduğu görülmüştür. Evli sağlık profesyonelleri şiddette destekleyici ve yardım edici tutumlarında (ŞMRİTÖ1 puan ort:11,23±4,99) bekar sağlık profesyonellerine (ŞMRİTÖ1 puan ort:9,18 ± 4,6) göre daha gelenekselci tutumda oldukları saptanmıştır. Evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik tutumda; bekar sağlık profesyonelleri daha çağdaş bakışa sahip olduğu görülmüştür (ŞMRİTÖ2 puan ort:6,98 ± 3,31). Mesleki role ilişkin olumsuz bakışta; bekar sağlık profesyonelleri daha çağdaş görüş modern tutum sergilemişlerdir (ŞMRİTÖ3 puan ort:5,8±2,62). Araştırmamız sonucuna benzer olarak; Gömbül'ün (2000) araştırmasında; evli hemşirelerin geleneksel tutum eğilimde olduğu ifade edilmiştir (Gömbül, 2000). Evli sağlık profesyonellerinin bekarlara göre, aile ve toplumda üstlendiği roller ve bu roller doğrultusunda sorumluluklarının artmasına bağlı olarak mesleki rollerine ilişkin tutumlarının gelenekselleştiği düşünülebilir.

Eğitim durumunun sağlık profesyonellerinde şiddette mesleki rollere ilişkin tutumlarını etkilediği görülmüştür. Eğitim durumu arttıkça mesleki rollere ilişkin tutumun modernleştiği saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri şiddette mesleki role ilişkin tutumlarının genel puan ortalaması 28,30±8,5 olarak; modern tutum ve çağdaş görüşe sahip oldukları hesaplanmıştır. Ancak lise ve ön-lisans mezunu sağlık profesyonellerinin; lisans ve lisans üzeri mezunu sağlık profesyonellerinden daha gelenekselci tutum içinde oldukları görülmüştür. Araştırmamıza benzer olarak Taşçı Koştu'nun yaptığı (2003) araştırmasında; şiddette ebeğin rolüne ilişkin genel puan ortalaması 35,89 ± 5,87 bulunmuştur. Ebeler meslek rollerine ilişkin modern tutumda olduğu ifade edilmiştir. Ancak sağlık meslek lisesi ve açık öğretim fakültesi mezunu ebelerin; sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu ebelerine göre mesleki rollerine ilişkin daha gelenekselci tutumda oldukları belirtilmiştir (N., Taşçı Koştu, 2003). Yayla'nın (2009) hekim, ebe ve hemşirelere yaptığı araştırmada; katılımcıların eğitim seviyesinin arttıkça kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarında artış görülmüştür. Lisansüstü hekim ve lisans mezunu ebe ve hemşirelerin kadına yönelik

şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının lise ve ön lisans, mezunlarına göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Yayla,2009). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) araştırmasında da; hemşire ve ebelerin mezuniyetlerine göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarında fiziksel ve duygusal belirtiler toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Arabacı, Karadağlı, 2006)

Kadına yönelik şiddette mesleki eğitimin yetersiz olmasına rağmen mesleki genel eğitim düzeyinin artmasının kadına yönelik şiddet konusundaki tutumu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadına yönelik şiddetle karşılaşan sağlık profesyonellerinin bildirim yapma durumlarına göre; şiddet mağduru kadına yardımcı ve destekleyici girişim (ŞMRİTÖ1) puan ortalamaları ANOVA testi göre anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bildirim yapan sağlık profesyonellerinin mağdur kadınlara yardımcı ve destekleyici meslek girişimlerinde, daha modern tutuma ve çağdaş görüşe sahip olduğu tespit edilmiştir. Bildirim yapmayan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddette evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik tutumlarının, bildirim yapanlara göre daha gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır. Ayrıca bildirim yapan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddetin önlenmesinde mesleki rolün katkısının olduğu düşünceleri bildirim yapmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadına yönelik şiddet ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik tutumlarının; bildirim yapan ve yapmayan her iki grubun puan ortalamaları birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır ve minimum değere yakınlığı her iki grubun da modern görüşe sahip olduğunu göstermektedir. Kadına yönelik şiddet ile karşılaştığında bildirim yapmayan sağlık profesyonellerinin mesleki rollerine ilişkin tutumlarının bildirim yapan sağlık profesyonellerine göre daha gelenekselci eğilimde olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %29,12'si ebe, %42,72'si hemşire, %26,73'ü hekim, %1,43'ü eczacı ya da diş hekimidir. Toplamda 419 kişi olan katılımcıların %84,7'si kadın; yaş ortalamaları $35,4 \pm 4,9$ ve %94,0'ının 20-49 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyetin mesleklere göre dağılımlarına bakıldığında; ebe ve eczacı/diş hekiminin tamamını kadın, erkeklerin %81,25'ini hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin; %57,8'i evlidir. Ayrıca; %71,1'inin lisans veya lisansüstü mezunu iken; %22,9'u lise veya ön lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri incelendiğinde; %67,1'inin 5 yıl ve üzerinde görev yaptıkları saptanmıştır.

Araştırmamızda sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda eğitim alma durumlarını incelediğimizde; katılımcıların %62,2'si şiddet konusunda eğitim almadığını belirtmiştir. Sağlık profesyonellerinden eğitim alanların %32,91'i örgün eğitim sırasında (mezuniyet öncesi), %65,18'i hizmet içi eğitimlerle (mezuniyet sonrası), %1,8'i sertifikalı eğitim, kurs şeklinde eğitim aldığı saptanmıştır. Tablo 3'e bakıldığında; sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda yeterli eğitim almadıkları görülmektedir. Sağlık profesyonelleri yetiştiren okulların şiddetin önlenmesi; kadına yönelik şiddet ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda yeterli bilgiye sahip olması, etkin ve yeterli müdahale edebilmesi için; mesleki eğitim ders içeriğinde şiddet konusunun daha geniş yer bulması gerekmektedir.

Sağlık profesyonellerinin %74,2'si şiddet konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta veya bazen ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada kendilerini bazen yeterli hisseden veya yeterli hissetmeyen %62,8'dir. Bu durumun sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimde şiddet konusunu olmayışı ya da yeterli olmayışı, mesleki sorumluluklarını ve yasal hükümlülüklerini bilinmiyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık profesyonellerinin %60,1'i; kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olduğunu düşünmektedir. Ebelerin %59,83'ü, hemşirelerin %59,21'i, hekimlerin %62,28'i, eczacı/diş hekimlerini %16,66'sı kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olduğunu ifade etmiştir. Ancak

katılımcıların %9,6'sı; kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının rolünün olmadığını düşünmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %82,6'sı; kadına yönelik şiddet olgularına yeterli müdahale edilmediğini belirtmiştir. Müdahaleyi yeterli görmeyenlerin %23,4 kişisini ebeler, %34,1 kişisini hemşireler, %23,6 kişisini hekimler, %1,4 kişisini eczacı ve diş hekimi oluşturmaktadır. Sağlık profesyonellerinin %80,7'si rutin sağlık uygulamalarında kadına yönelik şiddet sorgulanmalıdır demiştir.

Sağlık profesyonellerinin %67,8'i meslek hayatında kadına yönelik şiddet ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Bu kişilerin meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; %21,5'i ebe, %22,0'ı hemşire, %23,6'sı hekim, %0,7'si ise eczacı/diş hekimidir. Diğer meslek gruplarına göre hekimler; (%23,6) kadına yönelik şiddet ile daha çok karşılaştığı saptanmıştır. Meslek hayatında şiddete maruz kalan kadın ile karşılaştığında sağlık profesyonellerinin %67,3'ü bildirim yaptığını ifade etmiştir. Ancak sağlık profesyonellerinin %32,7'si; meslek hayatında şiddete maruz kalan kadın ile karşılaştığında bildirim yapmamıştır. Bu kişilerin %7,9'unu ebeler, %15,8'ini hemşireler, %8,1'ini hekimler, %1,0'ını ise eczacı/diş hekimleri oluşturmaktadır. Bildirim yapmayanların %18,6'sı; 'bildirimi nereye yapacağımı bilmiyorum' derken, %10,7'si; 'aile işlerine karışmam' demiştir. Sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalmış kadınla karşılaştığında %67,1'i adli makamlara, %15,0'ı sosyal hizmet kurumlarına ve %4,8'i her iki makama da bildirim yaptığını belirtmiştir.

Araştırmada ölçek puanının düşük puanı; geleneksellikten uzaklaşmayı ve çağdaş görüşü ifade ederken, puanlardaki yükselme; geleneksellikte artmayı, modern görüşten uzaklaşmayı ve toplumda var olan tutumlara bağlılığı ifade etmektedir.

Araştırma sonuçları sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının geleneksel tutumdan uzak ve çağdaş bir görüşe sahip olduklarını göstermektedir (ŞİTÖ genel puan ort:28,90 ± 8,60). Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumlarına ve şiddetle karşılaşma durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Yaşın; kadına yönelik şiddet tutumunda 30-39 yaş grubu en modern tutuma sahip olmakla beraber; yaş ilerledikçe, bireylerin şiddete karşı tutumları gelenekselleştiği görülmüştür.

Kadın sağlık profesyonelleri, erkek sağlık profesyonellerine gore; kadına yonelik Şiddette daha modern tutum ve ađdaŐ goruŐ içinde olduğu saptanmıştır.

Evli sağlık profesyonellerinin bekarlara gore; aile ve toplumda üstlendiği roller ve bu roller doğrultusunda sorumluluklarının artmasına bağlı olarak mesleki rollerine ilişkin tutumlarının gelenekselleştiği duŐnlebilir.

Araştırmamızda; sağlık profesyonellerinin mesleklerine gore, kadına yonelik Şiddet tutumu genel puan ortalamasının (28,90) modern eğilimde olduğu saptanmıştır. Ancak; ebelerin Şiddet tutumu puan ortalaması (29,72) modern eğilimde olmakla birlikte; diğer sağlık profesyonellerine gore daha gelenekselci tutum içinde olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda eğitim durumunun Şiddet tutumunu etkilediği gorlmuŐtr. Lisans ve lisansüstü mezunu sağlık profesyonellerinin kadına yonelik Şiddet tutumunda; lise ve n lisans mezunu sağlık profesyonellerine gore daha modern bir tutum sergilediği saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin kadına yonelik Şiddette mesleki rollerine ilişkin (10,36±4,95) yardım edici, bilgilendirici ve destekleyici rolünü benimsedikleri saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin kadına yonelik Şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu yonde olduğu, geleneksellikten uzak modern goruŐ yansıttığı bulunmuştur (28.30±8.56).Sağlık profesyonellerinin kadına yonelik Şiddete karşı toplumda var olan geleneksel tutumlardan uzak daha ađdaŐ/modern tutuma sahip olduğu sonucuna varılmıŐtır. Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin Şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının cinsiyete ve meslek gruplarına gore istatistiksel olarak anlamlı fark gostermediği hesaplanmıştır. Ancak sağlık profesyonellerinin kadına yonelik Şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumunu yaş medeni durum, eğitim durumu gibi faktorlerden etkilendiği saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin yaş gruplarına gore mesleki rollere ilişkin tutumda genel olarak modern yaklaşıma sahiplerken; yaş grupları arasında yaş arttıa sağlık profesyonellerinin tutumlarının gelenekselleştiği gorlmektedir.

Medeni durumun kadına yonelik Şiddette mesleki rollere ilişkin tutumlarını etkileyen nedenlerden biri olarak saptanmıştır. Araştırmamızda bekar sağlık profesyonellerinin evli sağlık profesyonellerine gore daha modern bir tutum içinde olduğu gorlmuŐtr. Evli sağlık profesyonelleri Şiddette destekleyici ve yardım edici

tutumlarında, bekar sağlık profesyonellerine gre daha gelenekselci tutumda oldukları saptanmıştır. Evliliği her koşulda sürdürmeye ynelik tutumda; bekar sağlık profesyonelleri daha ağdaş bakışa sahip olduğu grlmştr. Mesleki role ilişkin olumsuz bakışta; bekar sağlık profesyonelleri daha ağdaş grş modern tutum sergilemişlerdir.

Araştırmamızda eğitim durumu arttıka mesleki rollere ilişkin tutumun modernleştiği saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri şiddette mesleki role ilişkin tutumlarının genel puan ortalaması $28,30\pm 8,5$ olarak; modern tutum ve ağdaş grşe sahip oldukları hesaplanmıştır. Ancak lise ve n-lisans mezunu sağlık profesyonellerinin; lisans ve lisans üzeri mezunu sağlık profesyonellerinden daha gelenekselci tutum içinde oldukları grlmştr.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda; sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimleri sırasında şiddet eğitimi konusuna daha geniş yer vererek; şiddet belirtilerini tanıma, şiddeti nleme, etkin müdahale bulunabilme ve mesleki yasal sorumlulukları ğreterek, farkındalık oluşturup, sağlık profesyonellerinin şiddet konusunda duyarlılıkları artırılmalı,

Mezun sağlık profesyonellerine; düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimlerle, bireysel zellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek) gz nnde bulundurarak kapsamlı eğitimler yaygınlaştırılmalı,

şiddete ilişkin yasaların, yaptırımların ve yasal sürecin tüm sağlık profesyonelleri tarafından doğru bilinmesi ve zorunlu kılınması sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Açıkgöz H., Zonguldak İl Merkezinde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Yaygınlığı, Şiddet Türleri, Şiddet Algısı ve Kadınların Şiddete Yönelik Tutumları, Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, Zonguldak (Danışman: Prof. Dr. Nuray Atasoy)
- Ahmad I., Ali P., Rehman S., Talpur A., Dhingra K., Intimate Partner Violence Screening in Emergency Department: A Rapid Review of The Literature, Journal of Clinical Nursing, 2017, Sayfa:4
- Akkaş İ., ve Uyanık Z., Kadına Yönelik Şiddet, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 2016, Sayı: 6(1), Sayfa:32-42
- Akın M., Aile İçi Şiddet ve İç Hukuktaki Yerinin İncelenmesi, İÜHFMD Dergisi, 2013, Sayfa: 27-42
- Alshammari K.F., McGarry J., Higginbottom G. M., Nurse Education and Understanding Related to Domestic Violence and Abuse Against Women: An Integrative Review of The Literature, Nursing Open, 2018, Sayı: 5, Sayfa: 237–253.
- Altınay A.G., Arat Y., Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet, 2008, İstanbul, Sayfa:49-103
- Altun M., 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, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Denizli (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müyesser Erdem)
- Arbacı LB, Karadağlı A. (2006). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2):101-112.
- Beydoun H., Williams M., Beydoun M., Eid S., Zonderman A., Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample, JOURNAL OF WOMEN’S HEALTH, 2017, Sayı:26, Sayfa: 141-147

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bora A., Evlilikte Kadına Yönelik Şiddet: Tutum, Yaşantı ve Yasal Farkındalık Açısından Cinsiyetler Arası Karşılaştırma, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Z. Belma Gölge)
- Bozkurt ÖD, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Şiddet Konusundaki Bilgi, Görüş ve Mesleki Tutumlarının Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(2):99-107.
- Bükecik E., Özkan B., Kadına Yönelik Şiddet: Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Sağlığına Etkisi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2018, 3(2), Sayfa: 33-37
- Calderón H, Gilbert P, Jackson R, et al. Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. American Journal of Preventive Medicine 2008;34:134-7.
- Campbell J., Jones A.S., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., Gielen C.A., Wynne C., Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, Archives of Internal Medicine, 2002, 162(10), Sayfa:1157-1163
- Costa D., Hatzidimitriadou E., Kapolo E., Lindert J., Soares J., Sundin O., Toth O., Barros H., The Impact of Intimate Partner Violence on Forgone Healthcare: A Population-Based Multicentre European Study, European Journal of Public Health, 2018, Sayfa: 1–6
- Council of Europe, Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi, İstanbul, 2011
- Çakıroğlu N., Avrupa Birliğine Üyelik Sürecinde Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Kocaeli (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayşegül Gökçalp)
- Dennen J.M.G, Problems in the Concepts and Definitions of Aggression, Violence, and Some Related Terms, Default journal, 2005, Sayfa: 1-2

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Demir D., Kadına Yönelik Şiddet Ve Toplumsal Cinsiyet: Evli Kadın Ve Erkeklerde Algı, Tutum Ve Yaşantıların İncelenmesi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Çanakkale, (Danışman: Prof. Dr. Aysun Babacan Gümüş)

Demir Ö., Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ)

Dişsiz M., Hotun Ş. N., Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu Kadına

Yönelik Şiddet, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(1), Sayfa: 50-58.

Duman B. N., Büyükgöneç L., Güngör T., Yılmazel G., Topuz Ş., Koçak Y. D., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Algılayışı ve Etkileyen Faktörler, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016, Volum:13, Sayı:4, Sayfa: 154-159

Dursun Y., Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir, Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi, 2011, Sayı:12, Sayfa:3

Gelles R.J., Violence in The Family: A Review of Research in the Seventies, Journal of Marriage and the Family, 1980, Sayfa:873-885

Gezgin B. B., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Aynur Uysal)

Gilchrist G., Dennis F., Radcliffe P., Henderson J., Howard M. L., Gadd D., The Interplay Between Substance Use and Intimate Partner Violence Perpetration: A Meta-Ethnography, International Journal of Drug Policy, 2019, Sayı: 65, Sayfa:8–23

Gömbül Ö. Hemşirelerin Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddete ve Siddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi (HEMAR-G)*. 2000;1:19-32.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Gül S. S., Türkiye'de Kadın Sığınma Evleri Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar Mı, Bağlam Yayıncılık, Ankara, 2013, Sayfa:20

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2015, Ankara, Sayfa: 81-174

Hinderliter D, Doughty AS, Delaney K, Pitula RC, Campbell J. The effect of intimate partner violence education on nurse practioners feelings of competence and anbility to screen patients. Journal of Nursing Education 2003;42(10):449-454.

Hızal A.S., Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Sağlık Personelinin İhbar Yükümlülüğü, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Mustafa Ruhan Erdem)

İbiloğlu A., Aile İçi Şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 012, Sayfa: 204-222

Jeffs N., A Review of Research and Policy on Financial Abuse within Intimate Partner Relationships, Child and Woman Abuse Studies Unit (CWASU), London Metropolitan University, 2015, Sayfa:4-20

Kandemirci D., Kağnıcı D., Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Baş Etme: Çok Boyutlu Bir İnceleme, Türk Psikoloji Yazıları, 2014, Sayı: 17/33, Sayfa:1-12

Kara P., Akçayüzlü Ö., Gür A., Nazik E., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018; 8(3), Sayfa: 115-122

Kavak F.,Aktürk Ü.,Özdemir A.,Gültekin A., The Relationship Between Domestic Violence Against Women and Suicide Risk, Archives of Psychiatric Nursing, 2018, 32, Sayfa: 574-579

Kaya B., Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum Ve Uygulamaları: Mardin İli Örneği, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Özgür Çatar)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kaya D, Gölbaşı Z. Son Sınıf Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüşleri. ACU Sağlık Bil Dergisi. 2016;(4):202-208
- Kurt G. Gün, İ. , Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları, 2018, Adli Tıp Dergisi , Cilt.:31, Sayı:2 sayfa:59-67
- Kılıç G., Kadın Akademisyenlerin Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet Algısı: Düzce Üniversitesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2017 (Danışman: Prof. Dr. Cemal Yalçın)
- Korkut-Owen F. ve Owen D. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008
- Köknel Ö., Bireysel ve Toplumsal Şiddet, 1.Basım, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1996, Sayfa:20-27
- Krantz G., Violence Against Women, Epidemiol Community Health, 2005, Sayı:59, Sayfa:818–821
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World Report on Violence and Health. Geneva. The lancet. 2002;360(9339):1083-8.
- Kruse M., Sørensen J., Hansen B., Larsen K., The Health Care Costs of Violence Against Women ,Journal of Interpersonal Violence, 2011, Cilt:26, Sayı:17, Sayfa: 3494–3508
- Mavili A., Aile İçi Şiddet: Kadının ve Çocuğun Korunması, Elma Yayınevi, 2014, Ankara
- Marshall GA, Furr LA. Factors that affect women’s attitudes toward domestic violence in Turkey. Violence Vict 2010; 25(2):265-277.
- Özerkmen N., Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet, Akademik Bakış Dergisi, 2012, sayı:28, Sayfa:2-3

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Özvarış B., Erbaydar P. N., Odabaşı B. A., Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi: Sağlık Çalışanları Klavuzu, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara, 2016, Sayfa:17-41
- Öztürk A. B., Kadınlarla Eğitici Eğitimi El Kitabı, 1.Baskı, Kadın Dayanışma Vakfı, Ankara, 2015, Sayfa:38-44
- Öztürk E., 'Türkiye'de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri, 21.Yüzyılda Eğitim ve Toplum Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2014, 3(7), Sayfa:45
- Öztürk G.Z., Toprak D., Kadın Sağlık Personellerinin Kadına Yönelik Şiddet Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları, Konuralp Tıp Dergisi, 2017, 9(1), Sayfa:58-62
- Page A., İnce M., Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme, Türk Psikoloji Yazıları, 2008, Sayı:11/22, Sayfa:81-94
- Panitch L., Leys C., Textbook of Violence Today , Çeviren: Haskan U. Günümüzde Şiddet, Yordam Kitap Basım ve Yayın, İstanbul, 2009, Sayfa: 253
- Pehlivan M., Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Algısı, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. Sevim Atila Demir)
- Pekin Deklarasyonu, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 1995 Polat O., Şiddet, Seçkin Yayıncılık, 2017, Ankara
- Polat O, Yıldız AK. Kadına Yönelik Şiddet, Adli Tıp ve Adli Bilimler. Dokgöz H, editor. İstanbul: Akademisyen Kitabevi; 2019. Sayfa: 501-39.
- Sabancıoğulları S, Taşkın Yılmaz F, Ar E, Çakmaktepe G. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD). 2016;13(1):35-43.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Sarıbıyık M., Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Malatya (Danışman: Prof. Dr. Gülsen Güneş)

Swalesa A.L., Lehman B.E., McCall-Hosenfeld J., Intimate Partner Violence Discussions in The Healthcare Setting: A Crosssectional Study, PreventiveMedicine Reports, 2017, Sayı:8, Sayfa: 215–220

Şenol D., Yıldız S., Kadına Yönelik Şiddet Algısı: Kadın ve Erkek Bakış Açısıyla, Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, Ankara, 2013, Sayfa:11-61

Tarzia L., Thuraisingam S., Novy K., Valpied J., Quake R., Hegarty K., Exploring the Relationships Between Sexual Violence, Mental Health and Perpetrator Identity: A Cross-Sectional Australian Primary Care Study, BMC Public Health, 2018, Sayfa:2-9

Taşçı N., Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Denizli (Danışman: Yard. Doç. Dr. Müyesser Erdem)

Taşkıran Y., Korkmaz M., Demiray E., Sevil Ü., Hablemitoğlu Ş., Dünyada, Türkiye'de Kadın ve Şiddet, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara,2015, Sayfa:183

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008, Sayfa:8-140

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara,2009, Sayfa:18-191

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Özet rapor, Ankara,2014, Sayfa:22-33

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

T.C. Resmi Gazete, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 20 Mart 2012, Sayı:28239, Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete, Türk Ceza Kanunu, 12 Ekim 2004, Sayı: 25611, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tel, H, Gizli Sağlık Sorunu, Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, Sayı:6(2),Sayfa:1-9

Tetri M., Mönttinen H., Intimate Partner Violence - Effects on Women, Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, 2016, Sayfa:7-15

Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük. 2020.

Uluocak Ş., Gökulu G., Bilir O., Karacık N. E., Özbay D. (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Ve Kadına Yönelik Şiddet, Edirne: Paradigma Akademi.

United Nations, Declaration on the Elimination of Violence Against Women, 1993

United Nations Department of Public Information, Violence Against Women, 2015

WHO (World Health Organization), World Report On Violence And Health, Geneva,2002

WHO (World Health Organization), Global and Regional Estimates of Violence Against Women,2013, Sayfa: 9-36

WHO (World Health Organization), Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, 2005, Sayfa: 27-42

WHO (World Health Organization), Preventing and Addressing Intimate Partner Violence Against Migrant and Ethnic Minority Women: The Role of The Health Sector, 2014

Vatandaş C., Aile ve Şiddet, Türkiye'de Eşler Arası Şiddet, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, 2003, Sayfa:3-7

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yalçın H., Kadına Şiddeti Önlemeye Yönelik Bir Eğitimin Etkisi: Karaman (Aile Hekimliği Birimleri) Örneği, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Karaman (Danışman: Doç. Dr. Oya Açıkalin Rashem)

Yayla İD. Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

Yetim D., Şahin E.M., Aile Hekimliğinde Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım, Aile Hekimliği Dergisi, 2009, Cilt:2, Sayı: 2, Sayfa:48-53

Yıldırım S., Kadına Şiddet ve Ataerkillik, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2016 (Danışman: Doç. Dr. Nuray Karaca) Sayfa:104-105

Yıldız T.S.,kadına yönelik şiddetin farklı değişkenler açısından incelenmesi, Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019(Danışman:Dr.Öğr.Üyesi Emel Sünter)

Yim I.S., Kofman B.Y., The Psychobiology of Stress and Intimate Partner Violence, Psychoneuroendocrinology, 2018, Sayfa: 1-14