

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN
BELİRTİLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FURKAN KAYNAK

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2024

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN
BELİRTİLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FURKAN KAYNAK

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVDE AKSU

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 1032.05

BALIKESİR

2024



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
Furkan KAYNAK tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan
“**Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin
Belirtilerini Tanılama Düzeyleri**”

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/ 06/ 2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Akgün YEŞİLTEPE
Munzur Üniversitesi
(**Başkan**)

Doç. Dr. Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye (**Danışman**)

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı DOKUZCAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 08 / 07 /2024 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin Pancarcı
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

...../...../2024

İmza

Furkan KAYNAK

İTHAF



Canım Aileme...

TEŐEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca gerek bilgi ve tecrübesi en önemlisi anlayışı, sabrı ve vermiş olduğu güven duygusu ile desteğini her süreçte hissettiğim, bana farklı bakış açıları kazandıran değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevede AKSU'ya,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip, beni her koşulda destekleyen oğulları olmaktan gurur duyduğum canım annem Ummahan KAYNAK, canım babam Selahattin KAYNAK ve kıymetli abim Ramazan KAYNAK'a,

Tüm süreç boyunca gerek klinik, gerek akademik yönden desteğini hiç esirgemeyen arkadaşım Uzm. Hemş. Öncü Pınar BAYIR ALBAYRAK'a,

Manevi desteklerini her zaman hissettiğim meslektaşlarım olan canım arkadaşlarım Cihan TUNA ve Bengü TUNA'ya

Tez çalışmam da istatistik bölümünde yardımcı olan İstar Araştırma ve takım lideri Ezgi PASİN'e,

Ve son olarak çalışmama katılmayı kabul eden hemşire ve ebelere, sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şiddetin Tanımı.....	6
2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı, Tarihçesi ve Türleri	7
2.2.1. Fiziksel Şiddet.....	9
2.2.2. Duygusal/Psikolojik Şiddet.....	10
2.2.3. Cinsel Şiddet	10
2.2.4. Ekonomik Şiddet.....	11
2.2.5. Siber Şiddet	11
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı.....	12
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	14
2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri.....	15
2.6. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Uluslararası ve Ulusal Yasal Düzenlemeler	16
2.6.1. Uluslararası Belgeler	16
2.6.2. Ulusal Belgeler.....	20
2.7. Kadına Yönelik Şiddette Hemşirelik Yaklaşımları	21
2.8. Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerinin Tanılama	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	26
3.5. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri.....	26
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	26
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	27
3.6.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ).....	27
3.7. Verilerin Toplanması	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Etiği.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	30
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar	73
6.2. Öneriler	74
KAYNAKLAR	76
ÖZGEÇMİŞ.....	88
EKLER.....	89
EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	89
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	91
EK-3: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (HEKYŞBTÖ).....	93
EK-4: Etik Kurul.....	95
EK-5: Kurum İzni	97
EK-6: Ölçek İzinleri.....	99

ÖZET

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ

Araştırma, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte yapılmıştır.

Çalışma, 15.01.2023-31.08.2023 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde yapılmıştır. Araştırma örneklemini, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'nde görev yapan olasılıksız örnekleme yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini taşıyan 399 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Araştırma verileri; "tanıtıcı bilgi formu", "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek-'HEKYŞBTÖ' ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde student's t testi, ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi, ki-kare testi, korelasyon analizi ve lineer regresyon analizi testleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek-'HEKYŞBTÖ' puan ortalaması 20.70 ± 6.53 iken ebelerin ölçek puan ortalaması ise 14.90 ± 3.17 bulunmuştur. Verilen verilere göre hemşireler kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama konusunda kısmen yeterli bilgiye sahipken ebeler yetersiz bilgiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda, ebelerin 22-35 yaş arasında olanların, yoğun bakımda çalışanların ve 6-10 arasında çalışma yılı olanların; hemşirelerin ise lisansüstü mezunu olanların ve yine ebelerde olduğu gibi 6-10 arasında çalışma yılı olanların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Hemşire ve ebelere kadına yönelik şiddet risk faktör ve şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin hizmet içi eğitim programları düzenlenerek farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, hemşire, kadına yönelik şiddet.

ABSTRACT

THE LEVEL OF RECOGNITION OF SIGNS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN AMONG NURSES AND MIDWIVES WORKING IN A PUBLIC HOSPITAL

The study was conducted in a descriptive and comparative type to determine the level of recognition of signs of violence against women among nurses and midwives.

The study was conducted at Balıkesir Atatürk City Hospital between 15.01.2023-31.08.2023. The research sample consisted of 399 nurses and midwives who agreed to participate in the study and met the inclusion criteria through non-probabilistic sampling method at Balıkesir Atatürk City Hospital. Research data were collected using a "Demographic Information Form" and the "Scale of Concerning Nurses and Midwives' Recognition of Violence against Women - 'NMRVAWS'". Statistical evaluation of the data included the use of Student's t-test, ANOVA (with Bonferroni post hoc test), chi-square test, correlation analysis, and linear regression analysis.

According to the given data, the average score on the "Scale of Concerning Nurses and Midwives' Recognition of Violence against Women (NMRVAWS)" was 20.70 ± 6.53 for nurses and 14.90 ± 3.17 for midwives. Based on these findings, nurses are moderately knowledgeable about recognizing signs of violence against women, whereas midwives are determined to have insufficient knowledge. In our study, it was found that midwives aged between 22-35 years, with 6-10 years of work experience, and working in intensive care units, as well as nurses with postgraduate degrees and 6-10 years of work experience similar to midwives, had significantly higher total scale scores concerning nurses and midwives' recognition of violence against women compared to other participants ($p < 0.05$).

It is recommended to raise awareness by organizing in-service training programs for nurses and midwives to recognize the risk factors and symptoms of violence against women.

Keywords: Midwives, nurses, violence against women.

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESCAP	: Asya ve Pasifik Ekonomik ve Sosyal Komisyonu (The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific)
HEKYŞBTÖ	: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICDP	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development)
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
İHEB	: İnsan Hakları Evrensel Bildirisi
KSGM	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development)
PSI	: Uluslararası Kamusal Hizmetler Sendikası (Public Services International)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences Tanımlarına İlişkin Ölçek
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UN	: Birleşmiş Milletler (United Nations)
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. OECD 2019 Raporu.....	13



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçeğin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	31
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Sorular Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.4. Katılımcıların Mesleklerine Göre Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek ve Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.	38
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması.	44
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Sorular Göre Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.	48
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Sorular Göre Fiziksel Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.10. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Sorular Göre Duygusal Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması.	58

1. GİRİŞ

Kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen ve kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar veya üzüntü veren veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel veya kamusal alanda gerçekleşen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak kısıtlanmasıdır (Arboit, vd., 2020; Hajnasiri vd., 2016; İstanbul Sözleşmesi, 2011; Resmi Gazete, 2012; WHO, 2019). Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'ne göre kadına yönelik şiddet "ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı ve ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" olarak tanımlanmaktadır (Parra- Barrera vd., 2021; Şen ve Bolsoy, 2017; UN, 1993).

Kadına yönelik şiddetin çeşitli biçimleri olup ve cinsel, ekonomik, psikolojik, fiziksel ve siber zorbalık şeklinde ortaya çıkmaktadır. Cinsel şiddet, cinselliğin kontrol, baskı ve tehdit aracı olarak kullanılmasıyla karakterizedir. Ekonomik şiddet, kadının ekonomik kaynaklarının kontrol edilmesi veya kullanılması yoluyla yapılan bir şiddet türüdür. Sözlü taciz veya psikolojik şiddet, kadının davranışları veya konuşmalarıyla kontrol altına alınması, cezalandırılması veya bastırılmasıdır. Fiziksel şiddet, kaba kuvvetin kullanılmasıyla kendini gösterir ve yaptırım, bastırma veya sindirme amacı taşımaktadır. Siber zorbalık ise, elektronik iletişim araçları aracılığıyla, daha az güçlü bir kişi veya grubun haksız yere saldırıya uğramasıyla güç dengesizliğini içeren olumsuz veya incitici, tekrarlayıcı davranışlar şeklinde gerçekleşmektedir. Dolayısıyla farklı ve karmaşık boyutları olan kadına yönelik şiddet çalışma hayatı, aile içi gibi farklı ortamlarda yaşanarak kadınların güvenliği ve refahını tehdit eden ciddi bir insan hakları ihlali olarak kabul edilmektedir (Alkan ve Tekmanlı, 2021; Çıtak ve Yücel, 2022; Foody vd., 2019a; Ostadtaghizadeh vd., 2023; Öksüzoğlu, 2021; Parra-Barrera vd., 2021; Saniee ve Rasouli, 2023; Shrestha vd., 2024; Şen ve Bolsoy, 2017; Zarei vd., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 raporunda dünyadaki kadınların %35'i yaşamlarının bir kesitinde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Aynı raporda kadınların %30'unun eşi veya partneri/birlikte yaşadığı kişiden şiddet gördüğü, kadın cinayetlerinin ise %38'inin yine kadınların eşi veya partneri/birlikte yaşadığı kişilerce gerçekleştirildiği görülmektedir (WHO, 2019). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın (UNDP) verilerine göre, 2020 yılında 15 yaş ve üzeri kadınlarda eşi veya partneri/birlikte yaşadığı kişi tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalma oranları farklı bölgelerde değişkenlik göstermektedir. Avrupa ve Asya'da bu oran yaklaşık %28, Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'da %31 iken özellikle Bangladeş'te %52, Bolivya'da %59, Afganistan'da %51 olduğu belirlenmiştir (UNDP, 2020). Hindistan'da konu ile ilgili yapılan bir çalışmada 2000–2020 yılları arasında kadına yönelik şiddet oranının %15 ile %59.3 arasında iken Malezya'da yapılan benzer bir çalışma da ise 2005 – 2020 yılları arasında bu oranın %5 ile %36 arasında değişen geniş bir aralıkta olduğu görülmektedir (Jungari vd., 2022; Shahar vd., 2020). Ekvator bölgesinde yapılan bir çalışmada katılan kadınların yaklaşık üçte ikisinin (%64.86) yaşamları boyunca bir şiddet türüne (%56.92 oranında psikolojik, %35.44 oranında fiziksel, %32.67 oranında cinsel ve %16.38 oranında ekonomik şiddet) maruz kalmıştır (Edeby ve San Sebastián, 2021). Yapılan diğer bir çalışmada ise kadınların yaklaşık üçte birinin (%32.46) yaşamları boyunca şiddetle karşılaşmasına rağmen hiç yardım aramamış olması oldukça dikkat çekicidir (Bhattacharya vd., 2020).

Ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından ulusal düzeyde gerçekleştirilen araştırmalara göre, fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete maruz kalan kadın oranları 2008 yılında sırasıyla %39.3, %15.3, %44.0 iken, 2014 yılında bu oranların %35.5, %12.0 ve %43.9 olduğu tespit edilmiştir (HÜNEE, 2009, 2015). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na (UNDP) göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri kadınlarda aile içi şiddete maruz kalma oranı %38 olarak rapor edilmiştir (UNDP, 2020). Seçgin ve arkadaşlarının (2022) 2016–2021 tarihleri arasında yayımlanan 43 çalışmayı inceledikleri sistematik derlemede fiziksel, cinsel, ekonomik ve duygusal/psikolojik şiddet sıklıklarının sırasıyla %13-74, %7 – 38, %13- 38, %34- 59 arasında değiştiği belirlemiştir (Seçgin vd., 2022).

Najafova (2020) tarafından yapılan araştırmada, Türkiye'de 2000–2015 yılları arasında herhangi bir şiddet türüne maruz kalan kadın oranının %28 ile %89 arasında değiştiği vurgulanmaktadır (Najafova, 2020). Türkiye'nin farklı bölgelerinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise şiddet gören kadın oranlarının %67.7 ile %85.4 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Babacan-Gümüş vd., 2020b; alışkan ve evik, 2018; Gencer vd., 2019; Kahya, 2021).

Kadına yönelik şiddette; psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik faktörler başta olmak üzere, dini, çocukluk döneminde aile içi şiddet, tre, yasal düzenlemeler, ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi pek çok risk faktörünün rol oynadığı bilinmektedir (Babacan-Gümüş vd., 2020a; Bükecik ve zkan, 2018; alışkan ve evik, 2018; Gencer vd., 2019; Güler ve Erbil, 2022; Kahya, 2021). Litaratüre göre şiddet beraberinde kadın sağlığı üzerinde kısa ve/veya uzun dönemde morbidite ve mortaliteye neden olan olabilecek tıbbi, toplumsal ve ekonomik birçok sorunu beraberinde getirmektedir (Alijani vd., 2019; Ay ve Kılınçel, 2020; Demir ve Yeşiltepe-Oksay, 2015; Gencer vd., 2019; Güler ve Erbil, 2022; Khanlou vd., 2021; Kirk vd., 2017; Öberg vd., 2019; Seçgin vd., 2022; şahin ve Erbay Dündar, 2017). şöyle ki psikolojik açıdan; duygu durum ve zihinsel fonksiyonların normal dışı işlevine eşlik eden psikolojik ya da fiziksel davranış değişiklikleri, depresyon, anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu, intihar ve uyku bozuklukları görülmektedir (Kalra vd., 2021; Lövestad vd., 2021; Phiri vd., 2023). Fiziksel ve üreme sağlığı açısından; mortal ya da mortal olmayan yaralanmalara, alkol ve zararlı ilaç tüketimi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, l doğum, istenmeyen gebelik, isteyerek kürtaj, cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kronik pelvik ağrı gibi sorunlara neden olabilmektedir (Berber ve Hotun-şahin, 2023; El-Serag ve Thurston, 2020; Tura ve Licoze, 2019). Psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalma beraberinde ekonomik üretkenlik kaybı ile sağlık hizmeti arayışında sorunlar, damgalanma, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma gibi ekonomik ve sosyal sorunları da beraberinde getirmekte ve kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir (Arboit vd., 2020; Bahadır-Yılmaz ve Yüksel, 2023; Güler ve Erbil, 2022; Hing vd., 2021; Khanlou vd., 2021; Öberg vd., 2019).

Araştırmalar şiddet mağduru kadınlardaki utanma, kendini suçlu hissetme, mali sıkıntı, partnerinden gelecek tepki korkusu ile sağlık profesyonellerinin

yardımcı olamayacağı endişesi nedeniyle uğradıkları şiddeti gizleme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Güler ve Erbil, 2022; Lövestad vd., 2021; Özcan ve İnan-Ceviz, 2022). Bunun da ötesinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddeti gizleme eğilimi şiddete yönelik tarama, koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalite ve ulaşılabilirliğini olumsuz etkilemektedir (Bilge vd., 2020; Shayestefar vd., 2023; Wild vd., 2019). Bu bağlamda kadın sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireler birinci, ikinci ve üçüncü sağlık hizmeti basamaklarında şiddet mağduru kadınların ve çevresinin tespiti, korunması, sevk, tedavisi, rehabilitasyonu ve danışmanlığında kilit konumdadırlar (Cerit ve Porsuk, 2021; Dağcı ve Ören, 2019; Durmaz vd., 2016; Maquibar vd., 2019; Şen ve Bolsoy, 2017). Bu alanda çalışan ebe ve hemşireler; birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk gruplarının belirlenmesi ve destekleyici hizmetlerin sunulmasını amaçlarken ikinci basamak sağlık hizmetlerinde şiddetin beraberinde getirdiği sorunlar şiddet sonrası görülebilecek kısa ve uzun dönem etkileri azami duruma indirmek için tıbbi müdahaleyi ve şiddeti bloke etmeyi amaçlamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de şiddet mağduru kadınların iyileşme ve rehabilitasyon sürecini danışmanlık yaparak kolaylaştırmaktadır (Aksu, 2017; Berber ve Hotun-Şahin, 2023; Erenoğlu ve Can, 2020; Kilci Erciyas vd., 2021). DSÖ de tüm bu girişimlerin kaliteli ve etkili uygulanabilmesi, kadına yönelik şiddetle mücadele ve şiddet mağduru kadınların uygun sevkinin yapılabilmesi için sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi ve sonrasında ilgili eğitimlerin artırılması çağrısı yapmaktadır (Koştü ve Toraman, 2021; Sawyer vd., 2022; Tomas ve Rupare, 2022; WHO, 2013a). Başar ve Durmaz (2015) yaptıkları çalışma da hemşire ve ebeler %84.4 oranında şiddet mağduru kadınlarla karşılaştıklarını ancak %44.4 oranında konuyla ilgili yeterli donanımda olmadıkları ve %2.2 oranında nasıl müdahale edeceklerini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Başar ve Durmaz, 2015). Kara ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar görülmüş olup sağlık profesyonellerinin %72.6'sının iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığı, %51.1'inin ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte, %24.5'inin ise anamnez almakta zorlandığı belirlenmiştir (Kara vd., 2018). Konu ile yapılan diğer bir çalışmada sağlık profesyonellerinin %71.3'ünün meslek hayatlarında kadına yönelik şiddet vakası ya da şüphesiyle karşılaştığını, %19.5'inin ise bu şiddet vakalarını bildirim yapmadıkları ifade edilmiştir (Güneş vd., 2018). Ebe ve hemşireler çalışma alanları göz önüne alındığında şiddet mağduru kadınlarla ilk temasta bulunan olguları tanıyan ve kurumun ilgili yasal prosedürünü başlatan,

gerekli müdahaleyi yapan, delillerin toplanması ve sevki ile mağdurun takip, tedavi ve rehabilitasyonunda önemli konumda bulunmaktadır (Aksu, 2017). Dolayısıyla kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi tutum ve becerisi geliştirilmiş ebe ve hemşirelerin olgulara yönelik hemşirelik yaklaşımlarının kalitesini arttıracığı unutulmamalıdır.

Bu çalışma, bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanılama düzeyleri nedir?

2. Bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3. Bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddetin Tanımı

Şiddet, küresel düzeyde ciddi fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Akyazı ve Akyazı, 2024; Ay ve Kılınçel, 2020; Fleming vd., 2015; Kara vd., 2018; Özedemir vd., 2023; WHO, 2002a). 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddete odaklanan ilk kapsamlı küresel raporunda kadına yönelik şiddette her yıl bir milyondan fazla kadının şiddet nedeniyle hayatını kaybettiğinin altını çizmiştir (Fleming vd., 2015; WHO, 1996, 2002b).

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre, şiddet kelimesi "farklı düşüncede kişileri darp etmek, güç kullanmak, duygu, his veya davranışta aşırıya kaçmak" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). DSÖ ise şiddeti; "fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması" durumu olarak tanımlanmaktadır (Krug vd., 2002; WHO, 2002b).

Şiddeti yaşayan gruplara yönelik sınıflandırma yapıldığında temel olarak (Doğrucan ve Yıldırım, 2020);

- Kadına Yönelik Şiddet,
- Çocuğa Yönelik Şiddet,
- Yaşlıya Yönelik Şiddet,
- Akranlar Arası Şiddet,
- Kardeş Şiddeti,
- Flört Şiddeti,
- Engelliye Yönelik Şiddet,
- LGBT Şiddeti,
- Mülteci Şiddeti,

- Kişinin Kendine Yönelik Şiddet olarak yapılmaktadır

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre şiddet türleri üç kategoride ele almaktadır. Bunlar, bireyin kendine yönettiği; kişiler arası ve kolektif (toplu) şiddettir.

Kişinin Kendisine Yönettiği Şiddet; İntihar, intihar teşebbüsü ve kendi kendine zarar verme yer almaktadır.

Kişilerarası Şiddet; Aile içi şiddet: Aile üyeleri, eşleri ya da yakın partneri tarafından uygulanan şiddettir. Burada ayırım, bu kişilerin kendi evleri içerisinde gördükleri şiddet açısından yapılmıştır. Aile içi şiddet kategori olarak, çocuk istismarı, yakın ilişki içerisinde bulunan eş ya da yakın partner şiddeti ve yaşlılara uygulanan şiddet türlerini kapsamaktadır (Bilican-Gökkaya, 2018; Polat, 2016; WHO, 2002b).

Toplumsal şiddet; Ev hayatı dışında yaşanan, yaygın olarak yabancılar tarafından daha şiddet eylemleri, tecavüz veya cinsel taciz olarak görülmektedir. Bu tür şiddet genelde ev hayatının dışında yaşanmakta; işyerleri, okullar, cezaevleri ve kurumsal yerlerde yaşanan şiddet bu kategoride değerlendirilmektedir. Bu şiddet türü, kişilerin tanıdıkları veya tanımadıkları kişiler tarafından uygulanmaktadır.

Toplu şiddet; Bireyler, topluluklar veyahut devlet tarafından uygulanan organize şiddetin türüdür. Örgütlerce yapılan kamuya ve halka zarar veren eylemler, çetelerin uyguladığı şiddet, gruplar arası çatışmaların körüklenmesi, medya şiddeti, kan davaları vb. eylemler toplu şiddet içerisinde tanımlanmaktadır (Çalmuk, 2022; Utuş, 2021; Yılmaz-Bingöl ve Yılar-Erkek, 2020).

2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı, Tarihçesi ve Türleri

Birleşmiş Milletler (BM & UNİCEF) kadına yönelik şiddeti, “kadınlara ister kamusal ister özel yaşamda meydana gelsin zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakarak fiziksel, cinsel veya zihinsel zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayalı her türlü eylem ve tehditleri kapsar” olarak

tanımlanmaktadır (Muluneh vd., 2020; Shafiei vd., 2022; UN, 1993). 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu'nda, "kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan bu tür eylemlerin tehdidini, baskısını veya keyfi özgürlüğün engellenmesini içeren, ister toplum önünde ister özel hayatta meydana gelsin, cinsiyete dayalı her türlü şiddet" olarak tanımlanmıştır. (ICPD, 1994). Anayasamızda ilk olarak tanımı yapılan kadına yönelik şiddet 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddete Dair Kanunu'nda; "Kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan sosyal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik faaliyetler, kişiye karşı fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik olarak fiziksel zarar veya acı ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan davranışlar dâhil, tehdit ve zorlama veya keyfi olarak kişiyi özgürlüğünden yoksun bırakmaya yönelik her türden tutum ve davranışı içermektedir" şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2012).

DSÖ'ye göre, en yaygın şiddet biçiminin aile içi şiddet olduğunu ve bu şiddete çoğunlukla kadınların maruz kaldığını bildirmiştir (Duran ve Eraslan, 2019; Gümüşsoy vd., 2021; Shaqıqi vd., 2022; WHO, 2002a). Bu şiddet, evlilik, birlikte yaşama veya başka herhangi bir birliktelik biçimi bağlamında fiziksel, cinsel ve psikolojik açıdan zararlı davranışların yanı sıra duygusal ve ekonomik taciz ve kontrol edici davranışları da kapsayan şiddet anlamına gelir (Bhattacharya vd., 2020; Sardinha vd., 2022).

Kadına yönelik şiddetin hukuksal ve uluslararası metinlerde insan hakları kavramı çerçevesinde bir sorun olarak ele alınması ve önlenmesine yönelik çalışmaların başlatılması ancak 1970'li yıllardan sonra gündeme gelebilmiştir (Bayraktar, 2018). Birleşmiş Milletler tarafından 1975-1985 yılları 'Kadının On Yılı' ilan edilmiş özellikle bu süreçte uluslararası toplumda kadın örgütlerinin faaliyet ve hareketleri etkili olmuştur (Erbay, 2019; Kara-Özçalık, 2022). Birleşmiş Milletler tarafından kadının toplumsal cinsiyet eşitsizliğini vurgulayan ilk somut adım olan Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW) 1979 yılında kabul edilmiştir (Chasweka vd., 2018; KSGM, 2021). 1981' de yürürlüğe giren sözleşme Türkiye tarafından 1985'te imzalanmıştır.

17 Mayıs 1987'de, "Dayağa Hayır" yürüyüşüyle ülkemizde şiddete karşı ilk toplumsal eylem gerçekleşmiş ve bu olayın ardından kadına yönelik şiddete karşı faaliyetler başlamıştır (Dişsiz ve Hotun-Şahin, 2008; Eşkinat, 2013; Üstüner, 2020). Aynı yıl içinde, Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü bünyesinde Kadına Yönelik Politikalar Danışma Kurulu faaliyetlerine başlamış ve bu girişimin ardından Kadının Statüsü ve Sorunları Başkanlığı kurulmuştur. Doksanlı yıllardan itibaren Türkiye'de kadına yönelik şiddetle ilgili yasal düzenlemeler artmıştır. (Gencer vd., 2019; Şen ve Bolsoy, 2017). Türkiye'de imzalanan uluslararası sözleşmeler uyarınca, Medeni Kanun ve Türk Ceza Kanunu'nda "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" gibi kadına yönelik ayrımcılığı ve şiddete yönelik düzenlemeler beraberinde getirilmiştir (KSGM, 2021; Şen ve Bolsoy, 2017).

Kadınlara yönelik aile içi şiddet, kadınlar üzerinde ciddi psikolojik travma ve depresyona, yaralanmalara, cinsel yolla bulaşan hastalıklara, intihara veya cinayete yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddeti; fiziksel, duygusal/psikolojik, cinsel, ekonomik ve siber şiddet olarak sınıflandırabiliriz (Akyazı ve Akyazı, 2024; Cardenas, 2023; Gencer vd., 2019; Şen ve Bolsoy, 2017; Wedajo vd., 2023).

2.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet; tokat atmak, iteklemek, tekmelemek, bir şey atmak, yumrukla veya bir nesneyle vurmak, silah veya bunun gibi bir nesneyle zarar vermek ya da tehdit etmek, sağlık olanakların faydalanmasına engel olmak gibi kişinin bedenine zarar verecek her türlü eylemdir (Cepeda vd., 2022; Çalışkan ve Çevik, 2018; ILO, WHO, ICN, PSI, 2003). Başka bir deyişle kişinin beden sınırlarını ihlal eden ve vücudu topyekün hedef alan, ona ızdırap çektiren her türlü davranış olarak da tanımlanabilir (KSGM, 2021; Owusu-Adjah ve Agbemafle, 2016).

Fiziksel şiddet en çok tekrarlayan ve görünen şiddet biçimidir. Bu şiddet türünün, hafif yaralanmalara neden olan eylemlerden cinayete kadar geniş bir

yelpazede gerçekleşebildiği görülmektedir (Greulich ve Dasré, 2022; Kebede vd., 2022; Kılıç, 2019; KSGM, 2009, 2021; Wedajo vd., 2023; WHO, 2005).

2.2.2. Duygusal/Psikolojik Şiddet

Duygusal şiddet, duyguların ve psikolojik gereksinimlerin baskılama, küçük düşürme, yaptırım uygulama gibi karşı tarafa zorbalık yapabilmek için istikrarlı bir biçimde istismar edilmesi; bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (Babacan-Gümüş vd., 2020a; Moshtagh vd., 2023). Bunlara örnek olarak; bireyin sosyal çevresiyle ilişkilerine zarar vererek onu izole etmek, dengeli duygu durumunu bozacak şekilde tutarlı çatışma noktaları yaratmak, onun güvenlik algısını bozmak, çevreden algıladığı tehdit durumlarını süreklileştirmek, kendine olan güvenini sarsmak, itibarını zedeleyici söylemleri yaymak, kendisini geliştirmesini engellemek, kıskançlık gerekçesiyle kontrol altında tutmak, mail-telefon-mesaj gibi iletişim kanallarını kontrol etmek, sokakta, evinde, işinde ısrarlı şekilde takip etmek, gücüne ve becerilerine uygun olmayan işlerden ve iş yükünden sorumlu tutmak gösterilebilir (Boyacıoğlu, 2019; KSGM, 2021).

Kadın üzerinde somut fiziksel etkileri bulunmamasına rağmen ruhsal ve psikolojik açıdan yarattığı etkiler sebebiyle sağlık konusunda tedavisi zor olan rahatsızlıkların başında duygusal şiddet gelmektedir (Nakamura vd., 2023; Öztürk vd., 2016).

2.2.3. Cinsel Şiddet

DSÖ cinsel şiddeti, “herhangi bir kişi tarafından herhangi bir cinsel eylem, cinsel eylem elde etme girişimi, istenmeyen cinsel yorumlar veya ilerlemeler veya bir kişinin cinselliğini zorlama yoluyla veya başka bir şekilde yönlendirmeye yönelik eylemler” olarak tanımlamaktadır (Alkan ve Tekmanlı, 2021; Greulich ve Dasré, 2022; Güler ve Erbil, 2022; Li vd., 2023; Sardinha vd., 2022; Şen ve Bolsoy, 2017; Tiwari vd., 2014; World Health Organization, 2014; WHO, 2005).

Küresel olarak, 15 yaş ve üzerindeki kadınların yüzde 26'sı (641 milyon), hayatlarında en az bir kez bir koca ya da beraber oldukları partner tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmıştır (ESCAP, 2016). Aile içi cinsel şiddetin önemli bir kısmı evlilik içi tecavüzdür (Htun ve Jensenius, 2020; Peeren, vd., 2024; Sakızcıoğlu ve Doğan, 2020).

2.2.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; finansal kaynakların ve paranın kadınları tehdit etmek, kontrol etmek, baskı altına almak ve yaptırım olarak kullanılmasıdır (İnci, 2019; Şen ve Bolsoy, 2017; Wedajo vd., 2023). Ekonomik şiddet; kadının finansal özgürlüğünü kısıtlama, istemediği işlerde çalışmaya zorlama, iş yerinde sürekli sorun çıkararak çalışmasını engelleme, kariyerinde ilerlemesini engelleme, gelirine müdahale etme, az maaş verme, harcama kontrolünü elinden alma, yapılamayacak istekleri talep etme, temel ihtiyaçlarını karşılama konusunda engelleme, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelleme, aile bütçesi hakkında bilgi vermemek, ekonomik kararları tek taraflı olarak almak, kadının maddi katkısını görmezden gelme, mal ve miras konularında ayrımcılık yapma, boşandıktan sonra bile bu tür istismarlara devam etme, kadının gelirini reddetme ve harcama olarak görme olarak tanımlanabilir. (Alkan vd., 2021; Kılıç, 2019; Köprülü ve Avcı, 2022; KSGM, 2021).

2.2.5. Siber Şiddet

Siber zorbalık, elektronik iletişim araçlarını kullanarak güç dengesizliği içeren, haksız saldırıya maruz kalan ve olumsuz, incitici, tekrarlayan davranışlarla karşılaşan kişi veya grup için bir tür istismar biçimi olarak tanımlanır (Foody vd., 2019b; Güler ve Erbil, 2022). Kadınlara yönelik siber şiddet, kişisel bilgilerin izinsiz kullanımı, dijital takip, intikam pornosu, cinsiyete dayalı hakaret ve saldırı, tecavüz ve ölüm tehditleri gibi çeşitli durumları içermektedir (KSGM, 2021). Son on yılda giderek yaygınlaşan bu şiddet türü, sürekli olarak SMS gönderme, kadından mesaj göndermesini isteme, sürekli telefonla arayarak takip etme ve denetleme, sosyal medya platformlarında kadını aşağılayan, hakaret içeren ve nefret dolu

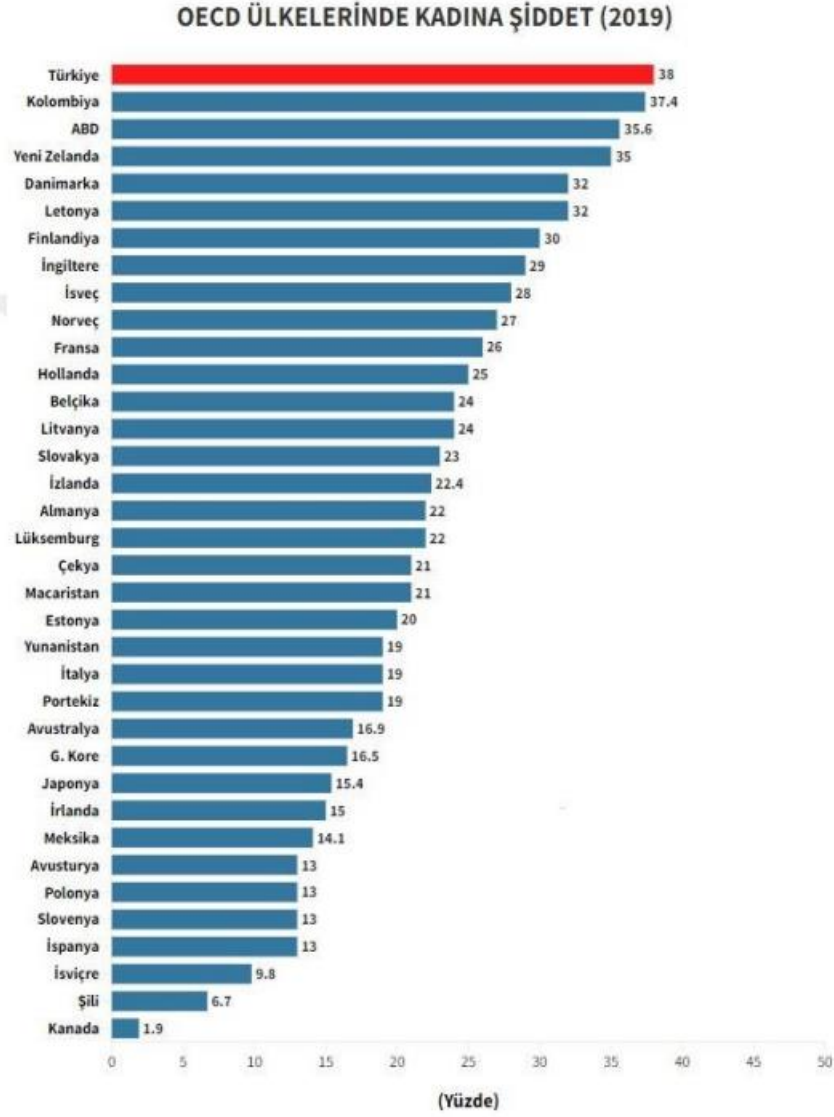
yorumlar yapma gibi davranışları içeren "yeni nesil" şiddet biçimleridir (Kantar-Davran vd., 2022; Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2016).

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı

Kadına yönelik şiddetin kökeninde; kadınların eğitim, sağlık, iş hayatı, siyaset ve karar alma mekanizmalarına katılımında görülen toplumsal kadın-erkek eşitsizliği yatar (Alan-Dikmen ve Marakoğlu, 2019). Son 20 yılda kadına yönelik şiddetin boyutu ve risk faktörleri ve sonuçlarının belirlenmesine yönelik çok sayıda araştırma yapılsa da 'buzdağının görünen kısmı veya sessiz salgın' olarak kabul edilmektedir (Ellsberg vd., 2015; Webster vd., 2018). Bunun en büyük nedenleri olarak damgalanma ve utanç korkusu, mali engeller, mevcut hizmetlerden haberdar olmama, yasa uygulama eksikliği ve şiddeti hayatın normal bir bileşeni düşüncesi gösterilebilir (Heron ve Eisma, 2021; Moshtagh vd., 2023; Muluneh vd.,2020).

DSÖ’ye göre yaşam boyu kadına yönelik şiddet yaygınlığı Afrika (%45.6) ve Güney Doğu Asya (%40.2) bölgelerinde en yüksek iken, Amerika (%36.1) bölgesindeki durum da endişe vericidir (WHO, 2013b). DSÖ tarafından kadına yönelik şiddetle ilgili Birleşmiş Milletler Çalışma Grubu adına 2000-2018 yılları arasında 161 ülke ve bölgede yapılan yaygınlık verilerinin 2018 analizi sonuçlarına göre, dünya çapında kadınların yaklaşık %30'unun fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını belirlenmiştir (WHO, 2021). Birleşmiş Milletler 2023 yılında internet sitesinde yayınladığı raporda AB ülkeleri olan: Fransa’da; aile içi şiddet mağdurlarının %87'sinin kadın olduğu olguların fiziksel şiddet (%66), sözlü veya psikolojik şiddet (%30) ve cinsel şiddet (%4) gördüğü bildirilmiştir. Lüksemburg’ta, 2022'de kadınların üçte ikisinin hayatlarında bir tür şiddet yaşadıklarını bildirilmiştir. İngiltere ve Galler'de 2022 yılında 16 yaş ve üstü kadınların %6,9'u aile içi şiddete maruz kalırken İrlanda'da 15 yaş üstü her 6 kadından 1'i partnerinden şiddet görmüştür. İskandinav ülkelerinin (Danimarka'da %32, Finlandiya'da %30, İsveç'te %28) kadınlara yönelik şiddet oranlarının AB ortalamasından oldukça yüksek olduğu görülmüştür (UN, 2023).

2019'da yayınlanan OECD raporuna göre, eşleri veya yakın partnerleri tarafından hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kalan kadınların oranı, genelde %23 seviyesindeyken ülkemizde bu oranın %38 olduğu belirtilmiştir (Şekil 1.) Bu rapora göre ülkemizde her 10 kadında yaklaşık dördü hayatı boyunca eş ya da yakın partnerleri tarafından şiddete uğradığı görülmektedir (OECD, 2019).



Şekil 2.1. OECD 2019 raporu (OECD, 2019).

Ülkemizde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre, kadınların %36'sı fiziksel, %12'si cinsel, %44'ü duygusal ve %24'ü ekonomik şiddetle karşılaşmaktadır (TÜİK, 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Şen ve Bolsoy (2017) kadınların %30'unun şiddete maruz kaldığını, Kamer (2015) kadınların %94,3'ünün aile içi şiddete uğradığını, Öztürk ve Toprak (2017) kadınların %74'ünün herhangi bir şiddet biçimine maruz kaldığını, Seçgin ve arkadaşları (2022)

bir veya birden çok şiddet türünü deneyimleyen kadın oranının yaklaşık %14 ile %43 arasında değiştiğini saptamıştır (Kamer, 2015; Öztürk ve Toprak, 2017; Seçgin vd., 2022; Şen ve Bolsoy, 2017).

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Kadına yönelik şiddetin biyolojik, psikolojik ve toplumsal nedenleri olabilir;

Biyolojik nedenler; kadına yönelik şiddet çoğunlukla erkekler tarafından uygulandığı için şiddetin sebebi testosteron ve bir takım biyolojik değişimlerle açıklanmaya çalışılmıştır (Bahçekapılı, 2023; Özbudak-Kılıçlı vd., 2023). Biyolojik nedenler arasında; madde kullanımı, antisosyal kişilik özellikleri ve bozukluğu ve şizofreni gibi bazı ruhsal bozukluklar da sayılmaktadır (Gibbs vd., 2020; Mannell vd., 2022; Yılmaz-Bingöl ve Yılar-Erkek, 2020).

Psikolojik nedenler; şiddet uygulayan kişinin zihinsel süreçleri, psikopatolojik durumlar, katılık, içgüdüsellik, ego merkezilik, zeka seviyesi, hiperaktivite, zihinsel sağlık sorunları, öfke kontrolü ve kişilik bozuklukları gibi psikolojik faktörlere dayanabilir (Najafova, 2020; Yılmaz-Bingöl ve Yılar-Erkek, 2020).

Toplumsal nedenler; kadına yönelik aile içi şiddetin anlaşılması ve tanımlanması, genellikle toplumun ve bireylerin kültürel normlarına dayanmaktadır. Bu nedenle, şiddetin, toplum tarafından kabul edilen ve meşru görülen bir disiplin aracı olarak görüldüğü durumlarda, şiddetin tanımlanması daha zor olabilir. Birçok geleneksel toplumda, kadına yönelik şiddet, evliliğin doğal bir parçası olarak kabul edilir ve bu tür davranışlar normal karşılanır (Aljomaie vd., 2022; Benebo vd., 2018; Gibbs vd., 2020; Manuel vd., 2021).

Kadına yönelik şiddetin risk faktörleri bireysel, ilişkisel ve toplumsal olabilir;

Bireysel faktörler; genç yaş, aşırı alkol tüketimi, depresif ruh hali, kişilik sapmaları, akademik zorluklar, ekonomik sıkıntılar, çocukluk döneminde şiddet gözlemi veya şiddete maruz kalma gibi çeşitli etkenler, aile içi şiddetin potansiyel nedenleri arasında yer alabilir.

İlişki faktörleri; evlilikte anlaşmazlık dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere, çeşitli araştırmalar aile içi şiddetle ilişkili diğer faktörlere de dikkat çekmiştir bunlar; evlilikte dengesizlik, ailede erkek egemenliği, maddi baskı, aile dinamiğinin zayıflığı.

Toplumsal faktörler; aile içi şiddetle mücadelede etkisiz toplumsal cezalar, ekonomik zorluklar, sınırlı sosyal destek ağı, geleneksel cinsiyet rolleri ve şiddeti meşrulaştıran toplumsal normlar öne çıkabilir (Ali vd., 2020; Benebo vd., 2018; Field vd., 2018; Gibbs vd., 2020; Greulich ve Dasré, 2022; Güler ve Erbil, 2022; Kaburi ve Kaburi, 2023; Mannell vd., 2022; Oram vd., 2017; Ostadtaghizadeh vd., 2023; Owusu-Adjah ve Agbemafla, 2016; Tekkaş-Kerman ve Betrus, 2020; Yaya ve Ghose, 2019).

Kadın sağlığına ve haklarına her düzeyde derhal dikkat edilmesi gerekmektedir, bu da bu sorunu ve risk faktörlerini azaltır (Shayestefar vd., 2023).

2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Kadına yönelik şiddet, bir kadının yaşamının tüm yönlerini etkileyen egemenliğini, üretkenliğini, kendisi ve çocukları için sorumluluk alma kapasitesini ve dolayısıyla genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen bir olgudur (Kara vd., 2018; Owusu-Addo vd., 2018). Kadına yönelik şiddetin kadın sağlığı üzerinde fiziksel ve duygusal etkileri gözlemlenir. Mağdurlar üzerindeki acil ve sonraki sağlık sonuçları arasında;

Fiziksel olarak; yaralanmayla ilişkili vücutta morluklar ve vücut ağrıları, yanlış beslenmeye bağlı beden imajında bozulma, cinsel ve üreme sağlığı riskleri (HIV, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelik ve kürtaj ve olumsuz gebelik sonuçları), uyku ile ilgili bozukluklar.

Duygusal olarak; bozulmuş sosyal işlevsellik, depresif bozukluklar, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform ve kişilik bozukluğu, düşük benlik saygısı ve panik sendromu gibi etkiler görülebilir. Tüm bunların sonucu

olarak şiddet mağduru kadınlarda yasal ve yasadışı maddeler ile psikotrop ve analjezik ilaçların kullanımı yaygındır (Arboit vd., 2020; Benebo vd., 2018; Berber ve Hotun-Şahin, 2023; Can-Gürkan, 2020; Chisholm vd., 2017; Coll vd., 2020; Duran ve Eraslan, 2019; Heron ve Eisma, 2021; Kalra vd., 2021; Mulat vd., 2022; Ogum-Alangea vd., 2018; Shafiei vd., 2022).

Ayrıca yakın bir partner tarafından sürekli olarak işkence ve şiddet içeren davranışlara maruz kalmak, bir kadını evden kaçmaya zorlayarak evsizliğe, ekonomik güvensizliğe ve madde bağımlılığına neden olabilir. Kaçma sonucunda taciz, cinsel saldırı ve sosyoekonomik marjinalleşme risk faktörleridir. Bu nedenle kadına yönelik yakın partner şiddeti, kadınların geçim kaynakları ve ekonomik güvenlik, güvenlik, sağlık ve genel refahı üzerinde ciddi etkilere sahip olabilir (Greulich ve Dasré, 2022; Yaya ve Ghose, 2019).

2.6. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Uluslararası ve Ulusal Yasal Düzenlemeler

Bu sözleşmeleri onaylayan ülkelerin kadına yönelik şiddeti bir insan hakları ihlali olarak ele almasını ve uluslararası standartları kendi iç mevzuatlarına dahil etmesini zorunlu kılan insan hakları sözleşmeleri ve beyanları listelenmektedir. Bu bölümde ayrıca kadına yönelik şiddete yönelik strateji çerçeveleri ve politika belgeleri de yer almaktadır.

2.6.1. Uluslararası Belgeler

2.6.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

1948 yılında Birleşmiş Milletlere üye 58 devlet tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (İHEB), insan haklarını tüm insanlar için temel olarak tanımlamakta ve hükümetlerin tüm varlıkların insan haklarını korumak için harekete geçmesini gerektirmektedir.

2.6.1.2. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)

Birleşmiş Milletler tarafından 1 Mart 1980 tarihinde imzaya açıldı ve 3 Eylül 1981 tarihinde yürürlüğe girdi. Türkiye Cumhuriyeti 24.7.1985 tarih ve 85/9722 sayılı kararla sözleşmeyi onayladı ve sözleşme 14 Ekim 1985 tarih ve 18898 sayılı Resmi Gazete'de yayımlandı.

6 Bölümden ve 30 maddeden oluşan sözleşmenin ilk maddesinde kadınlara karşı ayırım tanımlanmıştır.

Madde 1

Bu Sözleşme uyarınca, "Kadınlara karşı ayrımcılık" terimi, kadınların medeni durumlarına bakılmaksızın, kadınlarla erkekler arasında eşitlik ilkesine dayalı olarak, politik, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni ve diğer alanlardaki insan haklarının tanınmasını, kullanılmasını ve bu haklardan yararlanılmasını engelleyen veya ortadan kaldıran, veya bunu amaçlayan her türlü ayırım, mahrumiyet veya kısıtlamayı ifade eder. Bu ayırım, cinsiyete dayalı yapılan herhangi bir ayırımı kapsar (BM ve UNİCEF, 2004).

2.6.1.3. BM Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Bildirgesi

1993 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen bu bildirme de,

Madde 1 Kadına yönelik şiddeti tanımlamaktadır.

Madde 2, Kadına yönelik şiddetin çeşitlerini tanımlamaktadır.

Madde 3, Kadınların siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni veya diğer herhangi bir alanda tüm insan haklarından ve temel özgürlüklerden eşit bir şekilde yararlanma ve korunma hakkını vurgulamaktadır.

Madde 4, Devletlerin, kadına yönelik şiddeti ortadan kaldırmak için uygun ve acil politikalar izlemesi gerektiğini belirtmektedir.

Madde 5, Birleşmiş Milletler'in ilgili kuruluşlarının, kendi yetki alanları içinde, bu Bildirge'de belirtilen hakların ve ilkelerin tanınmasına ve uygulanmasına katkıda bulunması gerektiğini ifade etmektedir.

Son madde, "Bu Bildirge'deki hiçbir şey, bir devletin mevcut kanunlarını veya uluslararası anlaşmalarını etkilemeyecektir ve kadınlara yönelik şiddetin önlenmesinde daha etkili olabilecek herhangi bir hükümü etkilemeyecektir." şeklinde ifade edilmektedir (BM, 1993).

2.6.1.4. Pekin Eylem Platformu (BM, 1995)

Pekin'de 1995 yılında Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleşmiştir. Bu konferansın sonucunda; kadına yönelik şiddetin, kadınlara yönelik bir insan ihlalden bahsedilerek gerekli insan haklarının önünde bir engel olduğunu belirtilmiştir. Konferans'ta, kadına yönelik şiddetin önlenmesi için devletlerin sorumluluk alması gerektiğinin altı çizilmiştir. Pekin Eylem Platformunda 12 kritik alan belirtilmektedir. Bunlar; kadınların gittikçe artan yoksulluğu, kadınların sağlık alanında yaşadıkları eşitsizlik, kadına yönelik her türlü şiddet, kadınların nitelikli eğitim görmelerine engelleyen eşitsiz koşullar, ekonomik sistemlerin ve politikaların üretim sürecinde kadınların katılımındaki adaletsizlik, savaş ve silahlı çatışmalarda etki ve sonuçların öncelikle kadınların yaşaması, kadın ve medya, kadın ve çevre, kadınları geliştirmesi için gerekli destek mekanizmalarının yetersizliği, her düzeydeki karar mekanizmalarına kadınların katılımı, dünyadaki kız çocukların durumu, kadınların insan hakları konularıdır.

2.6.1.5. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)

11 Mayıs 2011 yılında İstanbul'da imzaya açılan ve Türkiye tarafından imzalanan sözleşme 1 Ağustos 2014 tarihinde yürürlüğü girmiştir. Ancak Türkiye, 1 Temmuz 2021 tarihinde sözleşmeden resmen çekilmiştir.

Sözleşme'nin Önsöz'ünde, hedefin kadına yönelik şiddetin ve ev içi şiddetin olmadığı bir Avrupa'nın yaratılması olduğu belirtilir. Bu, kadınlarla erkekler arasında hem hukuki hem de fiili eşitliğin sağlanması ve kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasıyla mümkün olacaktır (Bakırcı, 2015).

Sözleşme 12 bölüm 81 maddeden oluşmaktadır.

Sözleşmenin ilk 3 maddesi incelediğimizde:

- Aile içi kadına yönelik şiddet eylemini gerçekleştiren erkeğin, şiddet mağduru kadınıyla aynı yerde ikamet etse de etmese de, veya önceden aynı ikametgâhı paylaşmış olsa da olmasa da, aile içinde fiziksel, ekonomik, cinsel veya psikolojik şiddet türlerinden birinin gerçekleşmesi, şiddet eylemi olarak kabul edilecektir.

- Toplumsal alandaki kadın ve erkek rolleri, davranışları, değerleri ve cinsiyete atfedilen özellikler, toplumsal cinsiyet olarak kabul edilir. Bir kadına cinsiyeti nedeniyle yöneltilen veya etkileyen herhangi bir şiddet eylemi, toplumsal cinsiyete dayalı kadına yönelik şiddet olarak değerlendirilir.

- İstanbul Sözleşmesinde kadın terimi genişletilmiş olup 18 yaşından küçük kız çocuklarını kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

2.6.2. Ulusal Belgeler

2.6.2.1. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 8 Mart 2012'de kabul edilmiş ve 20 Mart 2012'de T.C. Resmî Gazete'de yayımlanmıştır (Resmi Gazete, 2012).

6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunda şiddete uğrayan veya uğrama tehlikesi bulunan “kadınlar”, “çocuklar”, “aile bireyleri” ve “tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişiler”, kanun kapsamında korunan kişilerdir. 6284 sayılı Kanun, kadının medeni durumuna bakılmaksızın, tüm kadınları kapsamına almıştır (Öktem-Songu ve Asiye, 2020; Şen ve Bolsoy, 2017).

2.6.2.2. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı

İlk olarak 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi'nde belirtilen; Kadın bireylerden sorumlu Devlet Bakanlığına bağlı bütün kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, özel sektör, üniversiteleri kapsayacak şekilde eylem planı hazırlanması öngörülmüştür. 2006- 2010 yıllarını kapsayacak Kadına Yönelik Şiddetin önlenmesine yönelik eylem planı hazırlanmalı hükmü yer almıştır. Her 4 yıllık periyotlarla oluşturulan eylem planlarının sonuncusu 2021-2025 Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planıdır.

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele 2021-2025 yıllarını kapsayan IV. Ulusal Eylem Planı Hazırlık Çalıştay'ı gerçekleşmiştir. Kadına yönelik her türlü şiddete önlemek amacıyla Şiddete Sıfır Tolerans İlkesi amacıyla gerçekleştirmeye yönelik hedefler belirlenmiştir (KSGM, 2021):

- Ulusal mevzuat gözden geçirilerek aksaklıkların ortadan kaldırılması ve şiddete maruz kalan kadının adalet erişimine yönelik kolaylık sağlanması,

- Kadına yönelik şiddete sıfır tolerans ilkesine uygun plan ve politikaların uygulanması,
- Şiddete yönelik kurumsal kapasitenin geliştirilerek koruyucu ve önleyici hizmetlerin iyileştirilmesi,
- Kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda toplumsal bilinç kazandırılması,
- Güvenilebilir ve sistematik bir şekilde verilerin toplanması ve istatistikleri oluşturmak belirlenmiştir.

2.7. Kadına Yönelik Şiddette Hemşirelik Yaklaşımları

Sağlık profesyonelleri, özellikle kadın sağlığı alanında ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler ve ebeler genellikle mağdurların ilk temas ettikleri kişilerdir. Bu nedenle şiddet mağduru kadınların öyküsünü alma, fiziksel muayenesini yapma, şiddet belirtilerinin tanımlanması ve belirtilerin kayıt altına alınmasında önemli bir rol oynarlar. Ayrıca hemşireler, mağdur kadınların yardım başvurabilecekleri kurum ve kuruluşlara yönlendirebilmeli ve yasal süreçler hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Her sağlık çalışanının bu konuda sorumlulukları vardır (Aksu, 2017; Ambikile vd., 2020; Bahadır-Yılmaz ve Yüksel, 2023; Baird, vd., 2015; Dağlar vd., 2017; Doran vd., 2019; ICN, 2018; Kara vd., 2018; Sabancıoğulları vd., 2016; Sadıç ve Alparslan, 2021; Shaqiqi vd., 2022). Ancak sağlık çalışanlarının (Alan-Dikmen ve Marakoğlu, 2019; Doran vd., 2019; Gümüşsoy vd., 2021; Kivelä vd., 2019; Nathan ve Ferrara, 2020; Öztürk, 2021; Sis-Çelik ve Aydın, 2019; Sundborg vd., 2018; WHO, 2012);

- birçok vakayı gözden kaçırmaması veya fark etmemesi,
- çoğu zaman yargılayıcı olması,
- bunu mesleki bir sorumluluk olarak görmemesi veya
- yeterli bilgiye sahip olmaması gibi çeşitli senaryolar sağlık çalışanlarının şiddete müdahale etmesini engellemektedir

Sağlık ekibinin şiddet olaylarını ele alma konusundaki hazırlıksızlığı, çoğu sağlık çalışanının lisans eğitimi sırasında konu ile teması olmadığı, tedavi edici ve

biyomedikal yönlere öncelik veren mesleki eğitim almaması ile açıklanabilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının eğitiminde kadına yönelik şiddete yer verilmesi, onları duyarlı hale getirmek ve bu sorun karşısında harekete geçmelerini sağlamak gerekmektedir (Arboit vd., 2020; Can-Gürkan, 2020). Kadına yönelik şiddet tıp, hemşirelik, halk sağlığı ve diğer ilgili müfredatlara entegre edilmeli ve hizmet içi eğitim, sağlık çalışanlarının nasıl uygun ve etkili bir şekilde karşılık vereceklerini bilmelerini sağlamalıdır; bu eğitimin sürdürülmesi ve sürekli mentorluk ile desteklenmesi gerekir (García-Moreno vd., 2015; WHO, 2002a).

Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya ve İsveç'te yürütülen çalışmalardan elde edilen bulgular, ebelerin ve doğum hemşirelerinin yakın partner şiddeti yaşayan kadınları desteklemek için kendilerini yetersiz hissettiklerini göstermektedir. Doğum sonrası birimlerde çalışan 96 hemşire ile Kanada'da yapılan bir araştırma, yanıt verenlerin %37.6'sının bilgi eksikliğini taramanın önündeki en önemli engel olarak gösterdiğini ve bunu hastane protokolleri ve tarama araçlarının eksikliği gibi sistemik faktörlerin (%29) izlediğini ortaya koydu. Bilgi eksikliği, farklı şiddet biçimlerinin (fiziksel, cinsel ve duygusal) taranma sıklığıyla da önemli ölçüde ilişkiliydi (Baird vd., 2015).

Değerlendirmeye dayanarak hemşireler, mağdurun sağlığıyla ilgili mevcut veya potansiyel sorunları veya ihtiyaçları tanımlayan hemşirelik tanıları geliştirebilirler. Kadına yönelik şiddet yaygın hemşirelik tanıları şunları içerebilir (Baird vd., 2015).

Fiziksel travma veya istismara bağlı yaralanma/yaralanma riski

Emniyet planlama stratejilerinin eksikliğine bağlı olarak verimsiz karar alma

Korku, stres ve destek eksikliği ile ilgili etkisiz başa çıkma

Şiddet içeren durumdan kaçma isteğiyle ilgili umutsuzluk

Kadına yönelik şiddet ile ilgili hemşirelik ve ebelik bakım planının amacı, belirlenen tanımlara yönelik hedefli müdahaleler sağlamak ve mağdurun güvenlik, özsaygı ve bağımsızlık duygusunu yeniden kazanmasına yardımcı olmaktır. Sonuçlar bireysel hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmeli ve iletişimin, desteğin ve yetkilendirmenin artırılmasına odaklanmalıdır.

Hemşireler güvenliği, sağlığı ve refahı teşvik edecek müdahalelerde bulunmalıdır. Bu müdahaleler büyük olasılıkla önleme, eğitim ve mevcut kaynakların kullanımını içerecektir. Hemşireler ayrıca psikoterapi, destek grupları, hukuki yardım ve diğer tedavi türlerine yönlendirme sağlamalıdır (Ambikile vd., 2020; Baird vd., 2015; Sabancıoğulları vd., 2016).

Müdahaleler hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre yapılmalıdır. Örneğin psikoterapi, mağdurların travmatik deneyimleri sindirmelerine, suçluluk duygularının üstesinden gelmelerine ve durumlarıyla baş etmeyi öğrenmelerine yardımcı olabilir. Destek grupları bir topluluk duygusu sağlayabilir ve hayatta kalanlar için duygusal açıdan güvenli yerler sunabilir.

Halk sağlığı hemşireleri ise kadına yönelik şiddete yaklaşımı birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları olarak ele alır: Birincil korumada şiddetin önlenmesi için toplumda eğitimler düzenlenir ve farkındalık artırılır. İkincil korumada mağdurların erken tanınması ve acil ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır. Üçüncül koruma ise şiddetin sona ermesinden sonra iyileşme sürecini destekler ve mağdurların güçlenmesine yardımcı olacak danışmanlık hizmetleri sunar (Bükecik ve Özkan, 2018; Cerit ve Porsuk, 2021; Güler ve Erbil, 2022; Yılmaz ve Yüksel,2023).

2.8. Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerinin Tanılama

Kadına yönelik şiddet; özgüven, üretkenlik, özerklik, kendilerine ve çocuklarına bakma kapasitesi, sosyal faaliyetlere katılma yeteneği ve hatta ölüm gibi kadınların yaşamlarının tüm alanlarını etkiler (Chernet ve Cherie, 2020).

Kadına yönelik şiddet fiziksel belirtileri çok çeşitli olabilir ve morluklar, kesikler, kırık kemikler, baş veya boyun yaralanmaları ve hatta ölümü içerebilir. Baş ağrısı, karın ağrısı ve sırt ağrısı gibi tıbbi durumlar da aile içi şiddetin belirtileri olabilir. Ayrıca (Alan-Dikmen ve Marakoğlu, 2019; Dağlar vd., 2017; Öztürk, 2021);

- Tekrar eden veya açıklanamayan yaralanmalar
- Anlaşılamayan kronik ağrı veya diğer kronik sağlık sorunları

- Huzursuz Bacak Sendromu
- Yeti kayıpları (görme, işitme, bilişsel kayıplar)
- Vücudun çeşitli bölgelerinde morluklar, yara izleri, kırıklar veya kesiler

Kadına yönelik duygusal/psikolojik şiddet belirtileri de çok çeşitli olabilir. Düşük özgüven, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete belirtileri gibi karakterize durumlar kadına yönelik psikolojik/duygusal şiddet belirtileri olabilir. Ayrıca (Albanesi vd. 2021; Field vd., 2018; Heywood vd., 2019; Hing vd., 2023; Meekers vd., 2013; Patel vd., 2022);

- Uzun süreli duygusal sağlık sorunları
- Alkol veya madde kötüye kullanımı gibi sağlığı tehdit eden davranışlar
- Kendine zarar verme düşünceleri veya bu konuda plan yapma veya intihar girişimleri
- Eşin muayene sırasında müdahaleci davranışları
- Utanç ve suçluluk hissi
- Kadının veya çocuklarının muayene randevularını sıklıkla kaçırmaması
- Kadının veya çocuklarının duygusal veya davranışsal sorunlarının varlığı
- Depresyon, anksiyete, beslenme bozuklukları ve uyku problemleri gibi durumlar

Kadına yönelik cinsel şiddet belirtileri idrar yolu ve vajinal enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, düzensiz vajinal kanamalar olabilir. Ayrıca gebelikte görülen belirtiler; düşük doğum ağırlığı, plasentanın ayrılması nedeniyle fetal ölüm, doğum öncesi kanama, fetal kırık, uterus rüptürü ve erken doğum olabilir (Ahinkorah vd., 2023; Anguzu vd., 2023; Fernández-López vd., 2022; Field vd., 2018).

Kadına yönelik ekonomik şiddet belirtilerine temel yaşam ve sosyal haklardan mahrum bırakılmak, sağlık olanaklarına erişememek, şiddet gösterene finansal olarak bağıllık gösterilebilir. Şiddet mağduru kadının yaşam kalitesini azaltır (Alkan vd., 2021; Kaburi ve Kaburi, 2023; Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu çalışma, bir kamu hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde 15.01.2023-31.08.2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'nde görev yapan 1200 hemşire ve ebe oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.7 programı ile bilinen puanı (19.06±3.68) 1 puanlık sapma içinde %95 güçle 292 kişi olarak hesaplanmış ve çalışmaya 350 kişinin alınması planlanmıştır (Kara vd., 2018). Toplamda 612 ebe ve hemşireye ulaşılmıştır. 50 adet anket eksik veri nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiş olup 163 ebe ve hemşire de çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırma, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'ndeki kliniklerinde görev yapan tüm ebe ve hemşirelerden olasılıksız örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil olmayı kabul eden 399 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilen ebe ve hemşireler belli kriterler şartıyla araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Formları eksiksiz doldurmak.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Formları eksik doldurmak.

3.5. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYşBTÖ) bağımlı değişkeni oluşturacaktır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Hemşire ve ebelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin değişkenler bağımsız değişkenleri oluşturacaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeği- ‘HEKYşBTÖ’ ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formunda; hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı 7 soru, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını içeren 11 soru olmak üzere toplam 18 soru yer almaktadır (Başar ve Durmaz, 2015; Durmaz vd., 2016; Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018; Taşkiran-Çatak, 2015).

Bilgi ve Tutumlarına ilişkin 8,9,10,11,12,14,15 numaralı sorular,
Davranışlarına ilişkin 13,16,17,18 numaralı sorular oluşturmaktadır

3.6.2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ) (EK-3)

Baysan ve Karadağlı (2006) tarafından geliştirilen, “Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu” 31 maddeden oluşmakta ve “Doğru” ve “Yanlış” şeklinde yanıtlanan ölçek formu kullanılmıştır.

Ölçek hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.76 bulunmuş bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha 0.862 olarak bulunmuştur. Ölçeğin fiziksel belirtiler alt boyut Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.780 bulunmuş bizim çalışmamızda ise 0.841 iken ölçeğin duygusal belirtiler alt boyut Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.810 bulunmuş bizim çalışmamızda ise 0.675 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi doğrultusunda, “Fiziksel Belirtiler” ve “Duygusal Belirtiler” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda,

“Fiziksel Belirtiler” alt boyutunu (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 27, 29, 30) maddeler

“Duygusal Belirtiler” alt boyutunu ise (3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31) maddeler oluşturmıştır.

Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Ölçek alt boyutlarından *Fiziksel Alt Ölçek* için elde edilecek en yüksek puan “13 en düşük puan “0” dır. *Duygusal Alt Ölçek* için elde edilecek en yüksek puan ise “18, en düşük puan “0” dır. Yüksek puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir.

Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin %80’i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, %50–79’ unu doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, %49 ve daha azını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri 15.03.2023-31.05.2023 tarihleri arası Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelere; çalışmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alınmış ardından “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek-‘HEKYŞBTÖ’” uygulanarak toplanmıştır. Araştırma verileri, katılımcıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak hemşire ve ebe dinlenme odalarında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences 25 (SPSS 25.0) programı kullanılarak analizleri yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testi ve basıklık çarpıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirildi. Normallik varsayımı sağlandığından iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında student’s t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında; Ki-kare testi ve sürekli veriler arasındaki ilişki

korelasyon analizi ile belirlenildi, Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lineer regresyon analizi kullanarak karşılaştırıldı. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (E-11811414-050.03-211024 sayılı EK-4), kurum için ise Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğünden (07.03.2023 tarih: E-51829602-604.01.02-210821692 sayılı EK-5) izin alınmıştır. Araştırma da kullanılan ölçekler için geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacıdan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-6). Gönüllülük esasıyla araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve ebelere araştırma amaç ve içeriğiyle ilgili bilgi verilmiş olup araştırma ile ilgili "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-1) alınmıştır. Gizlilik esasına bağlı kalarak araştırmaya katılan kadınların kimlik bilgileri kullanılmamıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşire ve ebeler ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların yarısından fazlasını hemşireler (%63.6) oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan ebelerin %45.5'inin 46 yaş ve üzeri, hemşirelerin ise %73.6'sının 22-35 yaş arası olduğu tespit edilmiştir. Ebelerin %54.5'inin, hemşirelerin ise %52'sinin eğitim durumunun lisans olduğu belirlenmiştir. Ebelerin %71'inin çalıştığı birim diğer (ameliyathane, doğumhane, poliklinik, eğitim ve kalite birimi) iken hemşirelerin ise %54.4'ünün yoğun bakımda çalıştığı belirlenmiştir. Ebelerin %82.8'inin gelir durumunun geliri giderinden az, hemşirelerin ise %44.9'unun gelir durumunun geliri giderine eşit olduğu saptanmıştır. Ebelerin %82.8'inin, hemşirelerin ise %65'inin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Ebelerin %82.8'inin, hemşirelerin ise %57.5'inin meslekte çalışma süresinin 10 yıl üzeri olduğu tespit edilmiştir. Tüm demografik özellik değişkenlerinde ebe ve hemşirelerde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=399).

Değişkenler	Ebe		Hemşire		Test Değeri	p	
	n	%	n	%			
Yaş	22-35	25	17.2	187	73.6	130.063**	0.000*
	36-45	54	37.3	48	18.9		
	46 ve üzeri	66	45.5	19	7.5		
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	0	0.0	74	29.1	185.370**	0.000*
	Ön lisans	66	45.5	0	0.0		
	Lisans	79	54.5	132	52.0		
	Lisansüstü	0	0.0	48	18.9		

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=399) (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Çalışılan birim	Acil servis	0	0.0	24	9.4	172.841**	0.000*
	Yoğun bakım	15	10.4	138	54.4		
	Servis	27	18.6	68	26.8		
	Diğer	103	71.0	24	9.4		
Gelir durumu	Geliri giderinden az	120	82.8	42	16.5	175.891**	0.000*
	Geliri giderine eşit	25	17.2	114	44.9		
	Geliri giderinden fazla	0	0.0	98	38.6		
Çocuk sahibi olma durumu	Var	120	82.8	165	65.0	14.327**	0.000*
	Yok	25	17.2	89	35.0		
Meslekte çalışma süresi	1-5	0	0.0	57	22.4	41.777**	0.000*
	6-10	25	17.2	51	20.1		
	10 yıl üzeri	120	82.8	146	57.5		
Toplam		145	100.0	254	100.0		

*p<0.05, **Ki kare analizi

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçeğin puan ortalamasının 18.59±6.21 olduğu fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının 8.28±3.31, ve duygusal belirtiler alt boyut ortalamasının 10.31±3.28 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Bu veriler ışığında katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.2. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçeğin tanımlayıcı istatistikleri.

Ölçek ve Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standar
				t Sapma
Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek	10.00	29.00	18.59	6.21
Fiziksel Belirtiler	4.00	13.00	8.28	3.31
Duygusal Belirtiler	5.00	16.00	10.31	3.28

Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre dağılımına bakıldığında ebelerin %54.5'inin, hemşirelerin ise %55.5'inin öğrenimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığı tespit edilmiştir. Buna karşın ebelerin %45.5'inin, hemşirelerin ise %51.2'sinin çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim almadığı görülmektedir. Ebelerin tamamının, hemşirelerin ise %75.6'sının sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %82.3'ünün, çalışma hayatları boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşmalarına rağmen sadece %20.1'inin, ebelerin ise %82.8'inin bu olgularla karşılaşmasına rağmen ancak %40.7'sinin bildirim yaptığı tespit edilmiştir. Ebelerin %62.8'inin, hemşirelerin ise %66.1'inin kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum cevabını verdiği görülmektedir. Ebeler %45.5, hemşireler ise %57.1 oranında kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Şiddet olgusu/şüphesi olan kadına yapılacak girişimlerle ilgili ebelerin %60'ının "İlgili kurum prosedürünü başlatırım.", hemşirelerin ise %42.9'unun "Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm." cevabını verdiği saptanmıştır. Hemşirelerin %29.5'inin şiddet olgusu/şüphesinde kime bildireceğini bilmemesi, ebelerin ise %22.8'inin mağduru daha kötü duruma sokmaktan korkması nedeniyle bildirim yapmadıkları belirlenmiştir. Ebelerin ve hemşirelerin %100'ünün kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini istediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre dağılımı.

Değişkenler	Ebe		Hemşire		Test Değeri	p	
	n	%	n	%			
Öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu	Bilgi aldım	79	54.5	141	55.5	17.915**	0.000*
	Almadım	66	45.5	87	34.3		
	Kısmen aldım	0	0.0	26	10.2		
Çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alma durumu	Aldım	54	37.3	105	41.3	8.967**	0.012*
	Almadım	66	45.5	130	51.2		
	Kısmen aldım	25	17.2	19	7.5		
Kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilme durumu	Evet	120	82.8	192	75.6	2.782**	0.060
	Hayır	25	17.2	62	24.4		
Sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı	Evet	145	100.0	192	75.6	41.905**	0.000*
	Hayır	0	0.0	62	24.4		
Çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumu	Karşılaştım	120	82.8	209	82.3	0.014**	0.510
	Karşılaşmadım	25	17.2	45	17.7		
Çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapma durumu	Evet, yaptım	59	40.7	51	20.1	19.637**	0.000*
	Hayır, yapmadım	86	59.3	203	79.9		
Kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenecek kurum prosedürü varlığı	Evet	54	37.2	67	26.4	14.601**	0.001*
	Hayır	0	0.0	19	7.5		
	Bilmiyorum	91	62.8	168	66.1		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu	Yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum	79	54.5	109	42.9	4.959**	0.017*
	Düşünmüyorum	66	45.5	145	57.1		
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimler	Bildirim yapmam.	0	0.0	45	17.7	82.315**	0.000*
	Anamnez alırım ve hekime bildiririm.	33	22.8	44	17.3		
	İlgili kurum prosedürünü başlatırım.	87	60.0	56	22.0		
	Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.	25	17.2	109	42.9		
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri	Yasal sürece ait bilgim olmadığı için.	0	0.0	51	20.1	134.318**	0.000*
	Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.	25	17.2	0	0.0		
	Kime bildireceğimi bilmediğim için.	0	0.0	75	29.5		
	Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için.	33	22.8	48	18.9		
	Diğer	87	60.0	80	31.5		
Kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini isteme durumu	Evet	145	100.0	254	100.0	-	-
	Hayır	0	0.0	0	0.0		
Toplam		145	100.0	254	100.0		

*p<0.05, **Ki kare analizi

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek boyut puanlarının karşılaştırılması yapıldığında ebelerin 14.9 ± 3.17 iken hemşirelerin 20.70 ± 6.63 olduğu, fiziksel belirtiler alt boyut ortalamaları ebelerin 6.13 ± 1.67 iken hemşirelerin 9.51 ± 3.38 olduğu, duygusal belirtiler ortalamalarına bakıldığında ise ebelerin 8.77 ± 1.86 iken hemşirelerin 11.19 ± 3.58 olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler ve hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek puanlarının, ebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).



Tablo 4.4. Katılımcıların mesleklerine göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek ve boyut puanlarının karşılaştırılması.

Ölçek ve Boyutları		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p
Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek	Ebe	11.00	21.00	14.90	3.17	-10.023**	0.000*
	Hemşire	10.00	29.00	20.70	6.53		
Fiziksel Belirtiler	Ebe	4.00	9.00	6.13	1.67	-11.273**	0.000*
	Hemşire	5.00	13.00	9.51	3.38		
Duygusal Belirtiler	Ebe	7.00	12.00	8.77	1.86	-7.544**	0.000*
	Hemşire	5.00	16.00	11.19	3.58		
	Hemşire	10.00	29.00	20.70	6.53		

*p<0.05, **Bağımsız t testi

Araştırmamızda, ebelerin 22-35 yaş arasında (21.00 ± 0.00) olanların, yoğun bakımda çalışanların (21.00 ± 0.00), gelir giderine eşit olanların (21.00 ± 0.00), çocuk sahibi olmayanların (21.00 ± 0.00) ve meslekte çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanların (21.00 ± 0.00) hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Araştırmamızda, hemşirelerin 36-45 yaş arasında (29.00 ± 0.00) olanların, lisansüstü mezunu (28.00 ± 1.01) olanların, geliri giderinden fazla (27.18 ± 2.09) olanların, çocuğu olanların (21.57 ± 7.53) ve yine ebelerde olduğu gibi 6-10 arasında çalışma yılı olanların (21.55 ± 2.52) hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Yaş	22-35 (1)	21.00	0.00			19.65	5.24				
	36-45 (2)	11.96	1.01	1838.954***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	29.00	0.00	139.830***	0.000*	2>1, 2>3, 1>3
	46 ve üzeri (3)	15.00	0.00			10.00	0.00				
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi (1)	-	-			14.76	5.49				
	Ön lisans (2)	15.00	0.00	0.334**	0.739	-	-	118.070***	0.000*	4>1, 4>3, 3>1	
	Lisans (3)	14.82	4.31			21.37	5.03				
	Lisansüstü (4)	-	-			28.00	1.01				
Çalışılan birim	Acil servis (1)	-	-			20.79	7.16				
	Yoğun bakım (2)	21.00	0.00	57.589***	0.000*	2>3, 2>4	21.06	6.97	0.798***	0.496	
	Servis (3)	13.30	1.54			20.59	4.80				
	Diğer (4)	14.44	2.69			18.83	7.54				
Gelir durum	Geliri giderinden az (1)	13.63	1.66			10.00	0.00				
	Geliri giderine eşit (2)	21.00	0.00	-22.129**	0.000*	2>1	19.06	3.17	744.200***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1
	Geliri giderinden fazla (3)	-	-			27.18	2.09				

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanınmalarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Çocuk sahibi olma durumu	Var(1)	13.63 1.66	-22.129**	0.000*	2>1	21.57 7.53	19.08 3.59	2.944**	0.004*	1>2
	Yok(2)	21.00 0.00				21.55 2.52				
Meslekte çalışma süresi	1-5 (1)	- -	22.129**	0.000*	2>3	18.00 4.12	21.45 7.87	6.545***	0.002*	2>1, 3>1
	6-10 (2)	21.00 0.00				21.55 2.52				
	10 yıl üzeri (3)	13.63 1.66				21.45 7.87				

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmamızda, ebelerin 22-35 yaş arasında (9.00 ± 0.00) olanların, yoğun bakımda (9.00 ± 0.00) görev yapanların, geliri giderine eşit (9.00 ± 0.00) olanların, çocuğu olmayanların (9.00 ± 0.00) ve 6-10 yıl arası (9.00 ± 0.00) çalışma süresi olanların fiziksel belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Araştırmamızda, hemşirelerin 36-45 yaş arasında (13.00 ± 0.00) olanların, eğitim durumu lisansüstü (13.00 ± 0.00) olanların, geliri giderinden fazla (12.73 ± 0.44) olanların ve 10 yıl ve üzerinde (10.26 ± 3.44) çalışma süresi olanların fiziksel belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).



Tablo 4.6. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Yaş	22-35 (1)	9.00	0.00			9.07	3.19				
	36-45 (2)	4.96	1.01	166.115***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	13.00	0.00	66.872***	0.000*	2>1, 2>3, 1>3
	46 ve üzeri (3)	6.00	1.01			5.00	0.00				
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi (1)	-	-			7.59	2.99				
	Ön lisans (2)	6.00	1.01	-0.864**	0.389	-	-	53.112***	0.000*	4>1, 4>2, 3>1	
	Lisans (3)	6.24	2.06			9.32	3.25				
	Lisansüstü (4)	-	-			13.00	0.00				
Çalışılan birim	Acil servis (1)	-	-			9.96	3.47				
	Yoğun bakım (2)	9.00	0.00	38.580**	0.000*	2>3, 2>4	9.40	3.56	2.074***	0.104	
	Servis (3)	6.11	0.58			10.06	2.77				
	Diğer (4)	5.72	1.57			8.17	3.56				
Gelir durumu	Geliri giderinden az (1)	5.53	1.13			5.00	0.00				
	Geliri giderine eşit (2)	9.00	0.00	-15.301**	0.000*	2>1	8.40	2.76	286.244***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1
	Geliri giderinden fazla (3)	-	-			12.73	0.44				

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Çocuk sahibi olma durumu	Var (1)	5.53 1.13	-15.301**	0.000*	2>1	9.75 3.66	1.502**	0.134		
	Yok (2)	9.00 0.00				9.08 2.78				
Meslekte çalışma süresi	1-5 (1)	- -	15.301**	0.000*	2>3	8.00 2.97	10.448***	0.000*	3>1	
	6-10 (2)	9.00 0.00				9.06 3.03				
	10 yıl üzeri (3)	5.53 1.13				10.26 3.44				

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmamızda, ebelerin 22-35 yaş arasında (9.00 ± 0.00) olanların, yoğun bakımda (12.00 ± 0.00) çalışanların, geliri giderine eşit (12.00 ± 0.00) olanların, çocuğu olmayanların (8.10 ± 1.25) ve 6-10 yıl arasında (12.00 ± 0.00) çalışma yılına sahip olanların duygusal belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Araştırmamızda, hemşirelerin 36-45 yaş arasında (16.00 ± 0.00) olanların, lisansüstü mezunu (15.00 ± 1.01) olanların, geliri giderinden fazla (14.45 ± 1.69) olanların, çocuk sahibi olanların (11.82 ± 4.24) ve meslekte çalışma süresi 6-10 yıl arası (12.49 ± 0.50) olanların duygusal belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Yaş	22-35 (1)	12.00	0.00	466.330***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	10.58	2.68	178.810***	0.000*	2>1, 2>3, 1>3
	36-45 (2)	7.00	0.00				16.00	0.00			
	46 ve üzeri (3)	9.00	1.01				5.00	0.00			
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi (1)	-	-	1.349**	0.180		7.16	2.49	199.931***	0.000*	4>1, 4>3, 3>1
	Ön lisans (2)	9.00	1.01				-	-			
	Lisans (3)	8.58	2.34				12.05	2.39			
	Lisansüstü (4)	-	-				15.00	1.01			
Çalışılan birim	Acil servis (1)	-	-	58.002***	0.000*	2>3, 2>4, 4>3	10.83	3.91	1.827***	0.143	
	Yoğun bakım (2)	12.00	0.00				11.66	3.82			
	Servis (3)	7.19	0.96				10.53	2.43			
	Diğer (4)	8.72	1.57				10.67	4.36			
Gelir durumu	Geliri giderinden az (1)	8.10	1.25	-15.605**	0.000*	2>1	5.00	0.00	594.875***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1
	Geliri giderine eşit (2)	12.00	0.00				10.66	1.60			
	Geliri giderinden fazla (3)	-	-				14.45	1.69			

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Çocuk sahibi olma durumu	Var (1)	8.10 1.25	-15.605**	0.000*	2>1	11.82 4.24	3.983**	0.000*	1>2	
	Yok (2)	12.00 0.00				10.00 1.14				
Meslekte çalışma süresi	1-5 (1)	- -	15.605**	0.000*	2>3	10.00 1.43	6.799***	0.001*	2>1	
	6-10 (2)	12.00 0.00				12.49 0.50				
	10 yıl üzeri (3)	8.10 1.25				11.19 4.51				

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmamızda, ebelerin çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim kısmen alanların (21.00±0.00), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (21.00±0.00), çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşmayanların (21.00±0.00), çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapmayanların (15.44±3.96), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum cevabını verenlerin (16.65±2.69), şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimlere “Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.” (21.00±0.00) cevabını verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.” (21.00±0.00) cevabını verenlerin hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Araştırmamızda, hemşirelerin öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda kısmen bilgi alanların (24.00±0.00), çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alanların (23.72±4.07), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (22.66±6.69), sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı olmayanların (22.26±6.69), çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapanların (21.75±0.98), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına evet cevabını verenlerin (26.58±2.43), kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumuna “düşünmüyorum” cevabını verenlerin (21.73±4.63), şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için” (28.00±1.01) cevabını verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Kime bildireceğimi bilmediğim için.”(23.93±4.07) cevabını verenlerin hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin

belirtilerini tanımalarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8).



Tablo 4.8. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler		Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu	Bilgi aldım (1)	14.82	4.31	-0.334**	0.739		20.38	7.32	3.800***	0.024*	3>1, 3>2
	Almadım (2)	15.00	0.00				20.23	5.88			
	Kısmen aldım (3)	-	-				24.00	0.00			
Çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alma durumu	Aldım (1)	11.96	1.01	1838.954***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1	23.72	4.07	29.761***	0.000*	1>2, 3>2
	Almadım (2)	15.00	0.00				17.92	7.37			
	Kısmen aldım (3)	21.00	0.00				23.00	0.00			
Kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilme durumu	Evet (1)	13.63	1.66	-22.129**	0.000*	2>1	20.19	6.42	-2.181**	0.030*	2>1
	Hayır (2)	21.00	0.00				22.26	6.69			
Sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	14.90	3.17	-	-		20.19	6.42	-2.181**	0.030*	2>1
	Hayır (2)	-	-				22.26	6.69			
Çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumu	Karşılaştım (1)	13.63	1.66	-22.129**	0.000*	2>1	20.99	6.71	1.523**	0.129	
	Karşılaşmadım (2)	21.00	0.00				19.36	5.49			

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapma durumu	Evet, yaptım (1)	14.12	1.00	-2.511**	0.013*	2>1	21.75	0.98	2.483**	0.014*	1>2
	Hayır, yapmadım (2)	15.44	3.96				20.43	7.27			
Kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığı	Evet (1)	11.96	1.01	-12.270**	0.000*	3>1	26.58	2.43	68.557***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	-	-				13.00	0.00			
	Bilmiyorum (3)	16.65	2.69				19.22	6.28			
Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu	Yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (1)	14.82	4.31	-0.334**	0.739		19.32	8.25	-2.955**	0.003*	1>2
	Düşünmüyorum (2)	15.00	0.00				21.73	4.63			

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler	Bildirim yapmam. (1)	-	-			21.47	3.00				
	Anamnez alırım ve hekime bildiririm. (2)	15.00	0.00			20.73	2.00				
	İlgili kurum prosedürünü başlatırım. (3)	13.11	1.68	353.113***	0.000*	4>2, 4>3, 2>3			7.082***	0.000*	3>4
	Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm. (4)	21.00	0.00				18.89	9.07			

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında bildirim yapmama neden/nedenleri	Yasal sürece ait bilgim olmadığı için. (1)	-	-			21.75	0.98				
	Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için. (2)	21.00	0.00			-	-				
	Kime bildireceğimi bilmediğim için. (3)	-	-	353.113***	0.000*	2>4, 2>5, 4>5	23.93	4.07	332.753***	0.000*	4>1, 4>3, 4>2, 3>1, 3>5, 1>5
	Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için. (4)	15.00	0.00				28.00	1.01			
	Diğer (5)	13.11	1.68				12.61	3.26			
Kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini isteme durumu	Evet (1)	14.90	3.17	-	-		20.70	6.53	-	-	
	Hayır (2)	-	-				-	-			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmamızda, ebelerin çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim kısmen alanların (9.00±0.00), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (9.00±0.00), çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşmayanların (9.00±0.00), çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapanların (6.56±0.50), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum (6.82±1.60) cevabını verenlerin, şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimler “Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.” (9.00±0.00) cevabını verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için” (9.00±0.00) cevabını verenlerin fiziksel belirtiler puanlarının ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmamızda, hemşirelerin öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda kısmen bilgi alanların (12.00±0.00), çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim kısmen alanların (12.00±0.00), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (10.24±3.54), sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı olmayanların (10.24±3.54), çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapanların (11.37±0.49), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına evet cevabını (12.72±0.45) verenlerin, kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumuna “düşünmüyorum” (8.87±3.74) cevabını verenlerin, şiddet olgusu/şüphesi kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimler “İlgili kurum prosedürünü başlatırım.”(11.86±1.00) cevabı verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için”(13.00±0.00) cevabını verenlerin fiziksel belirtiler puanlarının ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler		Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu	Bilgi aldım (1)	6.24	2.06	0.864**	0.389		10.03	3.37	21.056***	0.000*	3>1, 3>2, 1>2
	Almadım (2)	6.00	1.01				7.93	3.22			
	Kısmen aldım (3)	-	-				12.00	0.00			
Çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alma durumu	Aldım (1)	4.96	1.01	166.115***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1	10.72	2.79	26.589***	0.000*	1>2, 3>2
	Almadım (2)	6.00	1.01				8.17	3.50			
	Kısmen aldım (3)	9.00	0.00				12.00	0.00			
Kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilme durumu	Evet (1)	5.53	1.13	-15.301**	0.000*	2>1	9.28	3.31	-1.966**	0.050*	2>1
	Hayır (2)	9.00	0.00				10.24	3.54			
Sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	6.13	1.67	-	-		9.28	3.31	-1.966**	0.050*	2>1
	Hayır (2)	-	-				10.24	3.54			
Çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumu	Karşılaştım (1)	5.53	1.13	-15.301**	0.000*	2>1	9.61	3.36	1.022**	0.308	1>2
	Karşılaşmadım (2)	9.00	0.00				9.04	3.50			

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapma durumu	Evet, yaptım (1)	6.56	0.50	2.613**	0.010*	1>2	11.37	0.49	4.563**	0.000*	1>2
	Hayır, yapmadım (2)	5.84	2.08				9.04	3.63			
Kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığı	Evet (1)	4.96	1.01	-7.700**	0.000*	3>1	12.72	0.45	85.571***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	-	-				5.00	0.00			
	Bilmiyorum (3)	6.82	1.60				8.74	3.20			
Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu	Yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (1)	6.24	2.06	0.864**	0.389		8.87	3.74	-2.646**	0.009*	2>1
	Düşünmüyorum (2)	6.00	1.01				9.99	3.01			

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Bildirim yapmam. (1)	-	-				9.89	2.50			
Anamnez alırım ve hekime bildiririm. (2)	5.00	0.00				8.59	3.01			
İlgili kurum prosedürünü başlatırım. (3)	5.74	1.27	133.696***	0.000*	4>2, 4>3, 3>2	11.86	1.00	15.672***	0.000*	3>1, 3>2, 3>4
Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm. (4)	9.00	0.00				8.52	3.99			

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre fiziksel belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında bildirim yapmama neden/nedenleri	Yasal sürece ait bilgin olmadığı için. (1)	-	-			11.37	0.49				
	Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için. (2)	9.00	0.00			-	-				
	Kime bildireceğimi bilmediğim için. (3)	-	-	133.696***	0.000*	2>4, 2>5, 5>4	10.32	3.10	225.144***	0.000*	4>1, 4>3, 4>5, 1>3, 1>5, 3>5
	Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için. (4)	5.00	0.00				13.00	0.00			
	Diğer (5)	5.74	1.27				5.48	0.86			
Kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini isteme durumu	Evet (1)	6.13	1.67	-	-		9.51	3.38	-	-	
	Hayır (2)	-	-				-	-			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyas analizi

Araştırmamızda, ebelerin çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim kısmen alanların (12.00±0.00), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (12.00±0.00), çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşmayanların (12.00±0.00), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum (9.82±1.60) cevabını verenlerin, şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimler “Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.” (12.00±0.00) cevabını verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.” (12.00±0.00) cevabını verenlerin duygusal belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.10).

Araştırmamızda, hemşirelerin öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi almayanların (12.30±2.90), çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alanların (13.00±2.25), kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilmeyenlerin (12.02±3.40), sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı olmayanların (12.02±3.40), kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına evet (13.87±2.01) cevabını verenlerin, kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumuna “düşünmüyorum” (11.74±2.43) cevabını verenlerin, şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında yapılabilecek girişimler “Anamnez alırım ve hekime bildiririm.” (13.61±1.70) cevabını verenlerin ve şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri “Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için” (15.00±1.01) cevabını verenlerin duygusal belirtiler puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler		Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumu	Bilgi aldım (1)	8.58	2.34				10.35	4.05			
	Almadım (2)	9.00	1.01	-1.349**	0.180		12.30	2.90	9.300***	0.000*	2>1
	Kısmen aldım (3)	-	-				12.00	0.00			
Çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim alma durumu	Aldım (1)	7.00	0.00				13.00	2.25			
	Almadım (2)	9.00	1.01	466.330***	0.000*	3>1, 3>2, 2>1	9.75	4.04	29.350***	0.000*	1>2, 1>3
	Kısmen aldım (3)	12.00	0.00				11.00	0.00			
Kurumda çalışırken karşılaşılan adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğü (MD. 280) ile ilgili kanunu bilme durumu	Evet (1)	8.10	1.25				10.92	3.61			
	Hayır (2)	12.00	0.00	-15.605**	0.000*	2>1	12.02	3.40	-2.115**	0.035*	2>1
Sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	8.77	1.86				10.92	3.61			
	Hayır (2)	-	-	-	-		12.02	3.40	-2.115**	0.035*	2>1
Çalışma hayatı boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumu	Karşılaştım (1)	8.10	1.25				11.37	3.82			
	Karşılaşmadım (2)	12.00	0.00	-15.605**	0.000*	2>1	10.31	2.00	1.812**	0.071	

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapma durumu	Evet, yaptım (1)	7.56	0.50	-7.700**	0.000*	2>1	10.37	0.49	-1.820**	0.070	
	Hayır, yapmadım (2)	9.60	2.00				11.39	3.98			
Kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığı	Evet (1)	7.00	0.00	-12.987**	0.000*	3>1	13.87	2.01	38.240***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	-	-				8.00	0.00			
	Bilmiyorum (3)	9.82	1.60				10.48	3.65			
Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu	Yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum (1)	8.58	2.34	-1.349**	0.180		10.45	4.61	-2.877**	0.004*	2>1
	Düşünmüyorum (2)	9.00	1.01				11.74	2.43			

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Bildirim yapmam. (1)	-	-				10.37	0.49			
Anamnez alırım ve hekime bildiririm. (2)	10.00	0.00				13.61	1.70			
İlgili kurum prosedürünü başlatırım. (3)	7.38	0.49	1660.396***	0.000*	4>2, 4>3, 2>3	15.00	1.01	3.625***	0.014*	2>4
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler										
Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm. (4)	12.00	0.00				7.14	2.49			

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular göre duygusal belirtiler puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Test Değeri	p	Bonferroni	Hemşire		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri	Yasal sürece ait bilgin olmadığı için. (1)	-	-			10.37	0.49				
	Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için. (2)	12.00	0.00			-	-				
	Kime bildireceğimi bilmediğim için. (3)	-	-	1660.396***	0.000*	2>4, 2>5, 4>5	13.61	1.70	271.349***	0.000*	4>1, 4>3, 4>5, 3>1, 3>5, 1>5
	Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için. (4)	10.00	0.00				15.00	1.01			
	Diğer (5)	7.38	0.49				7.14	2.49			
Kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini isteme durumu	Evet (1)	8.77	1.86	-	-		11.19	3.58	-	-	
	Hayır (2)	-	-				-	-			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

5. TARTIŞMA

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmanın bu bölümünde, saptanan bulgular literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Dünyada her üç kadından biri (%35) hayatının herhangi bir döneminde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (WHO, 2019). Konu ile ilgili yapılan çok ülkeli bir araştırmaya göre, kadına yönelik şiddet yaygınlığı %15 -%71 arasında olduğu rapor edilmiştir (Benebo vd., 2018; Chang vd., 2022; Chernet ve Cherie, 2020; Fekadu vd., 2018; Kalokhe vd., 2017; Nabaggala, vd., 2021; UN, 2023). Ülkemizde yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda ise kadınların %36 fiziksel, %12 cinsel, %44 duygusal ve %24 oranında ekonomik şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (TÜİK, 2014). Ülkemizin farklı bölgelerinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kadına yönelik şiddet oranının %28 ile %89 arasında geniş bir yelpazede değiştiği tespit edilmiştir. Hem dünyada hem de ülkemizde kadına yönelik şiddet oranının yüksek olmasına rağmen sağlık hizmetlerine erişim oranlarının düşük olması göz önünde bulundurulduğunda kadına yönelik şiddetle mücadele, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde kadın sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelere önemli görevler düştüğü unutulmamalıdır (Çalışkan ve Çevik, 2018; Gencer vd., 2019; Najafova, 2020; Tanrıverdi, vd., 2018).

Araştırmaya katılan katılımcılarımızın çoğunluğu 10 yıl ve üzeri süredir çalıştığı (ebe=%82.8, hemşire=%57.5), çocuk sahibi (ebe=%82, hemşire=%65) ve lisans mezunu iken (ebe=54.5, hemşire=%52), hemşirelerin %73.6 sının 22-35 yaş grubunda ebelerin ise %45.5'inin 46 yaş ve üzeri grupta olduğu ayrıca hemşirelerin yarısından fazlasının (%54.4) yoğun bakım ebelerin ise çoğunluğunun %71 diğer birimler (ameliyathane, doğumhane, poliklinik, eğitim ve kalite birimi) de çalıştığı belirlenmiştir Tüm demografik özellik değişkenlerinde ebe ve hemşirelerde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 4.1).

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek toplam puan ortalaması 18.59 ± 6.21 olarak belirlenmiştir bu sonuç doğrultusunda kadına yönelik şiddet belirtilerinin tanımlama da katılımcıların kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). İspanya'da hemşirelik öğrencileri üzerinde konuyla ilgili yapılan bir niteliksel çalışmada, 'cinsiyet temelli şiddeti ele almaya eğitilmiş ancak hala hazırlıksız' başlığı ile hemşirelik öğrencilerinin konu hakkında eğitim aldığı ancak mesleki pratikte yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Maquibar, Hurtig, Vives-Cases, Estalella, ve Goicolea, 2018). Avustralya da ebeler üzerinde yapılan hamilelik sırasında kadınlara yönelik yakın partner şiddetine ilişkin bilgileri incelendiğinde katılımcıların üçte ikisinin yakın partnerden kaynaklanan şiddetin riskleri ve belirtileri hakkında bilgi sahibi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Baird vd., 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da ise; Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ölçek toplam puan ortalaması 19.06 ± 3.68 , Baysan Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında ölçek toplam puan ortalaması 18.83 ± 3.38 , Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ölçek toplam puan ortalaması $18,6 \pm 3.7$ olduğu tespit edilmiştir ve ülkemizde yapılan bu çalışmalarda da katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlama konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (Baysan Arabacı ve Karadağlı, 2006; Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018). Dünyada ve ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçeğin fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.28 ± 3.31 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar da sonuçlar benzer şekilde; Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.07 ± 1.68 , Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.12 ± 1.53 , Başar ve Durmaz'ın (2015) çalışmasında fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 9.04 ± 1.55 olduğu tespit edilmiştir (Akın vd., 2022; Başar ve Durmaz, 2015; Kara vd., 2018). Yapılan çalışmalar çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçeğin duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması ise 10.31 ± 3.28 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda Kara ve

arkadaşlarının (2018) çalışmasında duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10.99 ± 2.66 , Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 11.82 ± 2.27 olarak tespit edilmiş olup çalışmamızla paralellik gösterdiği tespit edilmiştir (Akın vd., 2022; Kara vd., 2018). Yukarıdaki veriler ışığında, çalışmamızda ve diğer çalışmalarda katılımcıların kadına yönelik duygusal ve fiziksel şiddet belirtileri tanıma konusundaki bilgilerinin kısmen yeterli olduğu sonucuna varabiliriz. Elde edilen bulgular, bu durumu göstermesi bakımından oldukça önemlidir. Çünkü çalışma bulgularımız, hemşire ve ebelerin kısmen eğitim almaları, belirli bilgi eksiklikleri ve kurum prosedürlerini bilmemeleri gibi durumların, ölçek total puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmasını desteklemektedir. Bu veriler, kadına yönelik şiddetle mücadelede bilgi ve eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Ebelerin (%54.5) ve hemşirelerin (%55.5) yarısından fazlasının öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığı ve gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir (Tablo 4.3) ($p < 0.05$). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda çalışmamızdan farklı sonuçlar bulunmuştur; Kahyaoğlu Süt ve Akyüz'ün (2016) çalışmasında katılımcıların %21.5'inin kadına yönelik şiddet eğitimi aldığı, Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %84.4'ünün öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet hakkında eğitim almadığı, Durmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında katılımcıların %65'inin öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet hakkında eğitim almadığı, Koştu ve Toraman'ın (2021) çalışmasında katılımcıların %75.2'si öğrenimleri sırasında kadına yönelik şiddet hakkında eğitim almadığı, Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %22.9'unun öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet hakkında eğitim aldığı tespit edilmiştir (Durmaz vd., 2016; Güneş vd., 2018; Kahyaoğlu Süt ve Akyüz, 2016; Kara vd., 2018; Koştu ve Toraman, 2021). Yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgularımız ile farklı bir sonuç olduğu görülmüş. Ancak çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası konu hakkında eğitim aldığını belirtmesine rağmen hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek total ve alt boyutları diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Diğer çalışmalarda saptanan sonuçlar içinde hemşirelik, ebelik ve tıp müfredatında kadına yönelik şiddet konusunun yeterli yer bulmadığı düşünülmektedir.

Ebelerin (%45.5) yarıya yakınının hemşirelerin ise yarısından fazlasının (%51.2) çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim almadığı ve gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.3) ($p<0.05$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara rastlanırken farklı sonuçlar da göze çarpmaktadır; Durmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında katılımcıların %31.7'sinin hizmet içi eğitim aldığı, Başar ve Durmaz'ın (2015) çalışmasında katılımcıların %80'inin kadına yönelik şiddet hakkında hizmet içi eğitim aldığı, Koştı ve Toroman'ın (2021) çalışmasında katılımcıların %22.9'u kadına yönelik şiddet hakkında hizmet içi eğitim aldığı, Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %68.4'ünün mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet hakkında eğitim aldığı, Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise katılımcıların %83.7'sinin mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet hakkında eğitim almadığı tespit edilmiştir (Başar ve Durmaz, 2015; Durmaz vd., 2016; Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018; Koştı ve Toraman, 2021). Yapılan çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızda ve incelenen çalışmaların çoğunda kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitime yer verilmediği tespit edilmiştir. Bu durum hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanınmasını etkilemektedir.

Ebelerin (%59.3) ve hemşirelerin ise (%79.9) yarısından fazlasının çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapmadığı ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda farklı sonuçlar tespit edilmiş olup; Özcan ve İnan Ceviz'in (2022) çalışmasında katılımcıların %68'inin kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yaptığı, Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %69.6'sının kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yaptığı, Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında katılımcıların %74.6'sının kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapmadığı, Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %81.8'inin kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapacağı, Koştı ve Toraman'ın (2021) katılımcıların %89.5'inin kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesiyle karşılaşma durumunda bildirim yapacağı tespit edilmiştir (Akın vd., 2022; Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018; Koştı ve Toraman, 2021; Özcan ve İnan Ceviz, 2022). Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamız sonuçları ile Akın ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışma sonuçlarının paralellik gösterdiği görülmektedir. Ayrıca Türk Ceza Kanunu Madde 280'e göre

sağlık meslek mensubu olan kişiler (tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler) tüm adli olayları bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğü sağlık profesyonellerinin yerine getirebilmesi için konu hakkında eğitim öncesi ve sonrası eğitimler verilerek farkındalık kazandırılabilir.

Ebelerin (%62.8) ve hemşirelerin (%66.1) yarısından fazlası kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum cevabını verdiği görülmekte ve gruplar arası anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo4.3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %51.1'in kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığını bildiğini, Koştu ve Toraman'ın (2021) çalışmasında katılımcıların %77,1'i kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığını bilmediği, Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %82.1'i kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum cevabı verdiği saptanmıştır (Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018; Koştu ve Toraman, 2021). Yapılan çalışmalar incelendiğinde Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki katılımcıların yaklaşık olarak yarısı kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığını bildiği görülmektedir. Yaptığımız çalışma ve diğer değerlendirilen çalışmalarda katılımcıların büyük çoğunluğu kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığını bilmediği görülmektedir. Bunun sebebinin de kurumlarda bakanlık tarafından uygulanan bir prosedürün olmaması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme sorusuna ebelerin (%54.5) yarısından fazlası kadına yönelik şiddet hakkında “yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum”, hemşirelerin ise (%57.1) yarısından fazlası “düşünmüyorum” cevabını verdiği belirlenmiştir ve gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo4.3). Yapılan çalışmalarda çalışmamızda olduğu gibi farklı sonuçlarla karşılaştık; Li ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında katılımcıların %91.5'i yakın partner şiddeti ve aile içi şiddet konusunda farkındalıklarının olduğunu, Koştu ve Toraman'ın (2021) çalışmasında katılımcıların %63,6'sının

kadına yönelik eş şiddetiyle ilgili “yeterli bilgim olmadığını düşünüyorum” cevabını verdiği, Başar ve Durmaz’ın (2015) çalışmasında katılımcıların %55,6’sının kadına yönelik şiddet konusunda “yeterli bilgi sahibi olduğunu düşündüğü” cevabını verdiği, Özcan ve İnan Ceviz’in (2022) çalışmasında katılımcıların %69,2’sinin kadına yönelik şiddete müdahale konusunda “yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum” cevabını verdiği görülmektedir (Başar ve Durmaz, 2015; Koştı ve Toraman, 2021; Li. vd., 2024, Özcan ve İnan Ceviz, 2022). Yapılan çalışmalar incelendiğinde kadına yönelik şiddet konusu hakkında katılımcıların yeterli bilgilere sahip olma görüşünde farklılıklar bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamız için hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılamalarına yönelik ölçek toplam puanlarına baktığımızda kadına yönelik şiddet hakkında “yeterli bilgiye sahip olmadığını” belirten hemşirelerin ölçek puanlarının “yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğünü” belirten ebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Çalışmamızda şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler sorusuna ebelerin (%60) yarısından fazlasının “İlgili kurum prosedürünü başlatırım.”, hemşirelerin ise (%42.9) yarısından daha azının “Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.” cevabını verdiği görülmektedir ve gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmıştır; Özcan ve İnan Ceviz’in (2022) çalışmasında katılımcıların şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler sorusuna verdiği cevaplar; yasal konularda bilgilendirme (%63.4), anamnez alma ve doktora bildirme (%25) ve ne yapacağını bilmeme (%11.6) olduğu, Başar ve Durmaz’ın (2015) çalışmasında şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler sorusuna katılımcıların %62.2’si “Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm” cevabını verdiği, Koştı ve Toraman’ın (2021) çalışmasında son bir yılda kadına yönelik eş şiddeti olgusuyla karşılaşma durumunda nasıl bir girişimde bulunduğu sorusuna %22.4’ü tedavi ve bakım/İleri tıbbi tanı ve tedaviye yönlendirme cevabı verirken %20.5’i polise bildirme cevabı verdiği tespit edilmiştir (Başar ve Durmaz, 2015; Koştı ve Toraman, 2021; Özcan ve İnan Ceviz, 2022). Yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar görülmüştür bunun da sebebi olarak hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda eğitimlerinin yetersiz olmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Öğrenim

hayatında ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle şiddet görmüş kadınla karşılaşan hemşire ve ebeler olguya nasıl müdahale edeceği konusunda bilgilendirilerek doğru müdahaleyi doğru sıralama da yapması sağlanabilir.

Çalışmamızda şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaşıldığında bildirim yapmama neden/nedenleri sorusuna, ebelerin (%22.8) yarısından azı “Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için”, hemşirelerin (%29.5) ise yarısından azı “Kime bildireceğimi bilmediğim için.” cevabını verdiği görülmektedir ve gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda farklı sonuçlar tespit edilmiş; Koştü ve Toraman’ın (2021) çalışmasında kadına yönelik şiddet vakalarına bildirim yapmama nedenine katılımcıların %34.3’ü “yasal süreci bilmiyorum” cevabını verdiği, Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında kadına yönelik şiddet vakalarına bildirim yapmama nedenine katılımcıların % 8.9’unun “mağduru şimdiki bulunduğu durumda daha kötü duruma sokacağından korkma” cevabını verdiği görülmektedir, Özcan ve İnan Ceviz’in (2022) çalışmasında katılımcıların kadına yönelik şiddet vakalarına bildirim yapmama nedenine %40.7’si “yasal sürece ait bilgim olmadığı” cevabını verdiği, Güneş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yönelik şiddet vakalarına bildirim yapmama nedenine katılımcıların %47.4’ü “mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için” cevabını verdiği görülmektedir (Güneş vd., 2018; Kara vd., 2018; Koştü ve Toraman, 2021; Özcan ve İnan Ceviz, 2022). Yapılan çalışmalar incelendiğinde kadına yönelik şiddet vakalarına bildirim yapmama nedenleri arasında katılımcıların yasal süreci bilmedikleri ve şiddet mağduru kadınları daha kötü duruma sokmaktan çekindikleri görülmüştür. Unutulmamalıdır ki kadına yönelik şiddete sessiz kalmak, mağduru korumaz, saldırganı cesaretlendirir. Bu yüzden mağduru daha kötü duruma sokmaktan çekinmek mağdurun şiddet siklusunun devam etmesine sebebiyet verebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler ve hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının, ebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Ülkemizde konuyla ilgili hekimlerinde dahil edildiği çalışmalarda hekimlerin total, duygusal ve fiziksel belirtiler ölçek puanları diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalarda hekimlerin Kara ve arkadaşları (2018),

(19.45±3.90) total ölçek puanı, Sarıbyık (2012) total ve duygusal belirtiler ölçek puanı (19,29±3,66, 11,13±2,53), Yayla (2009) total, duygusal ve fiziksel belirtiler ölçek puanları (19.95±3.34, 11.26±2.49, 8.69±1.55), Özcan ve İnan Ceviz (2022) total ve duygusal belirtiler ölçek puanları (19.00,11.00) saptanmıştır (Kara vd., 2018; Özcan ve İnan Ceviz, 2022; Sarıbyık, 2012; Yayla, 2009). Araştırmamıza sadece ebe ve hemşirelerin dahil edilmesi araştırmamızın sınırlılıklarından olması sebebiyle katılımcı grubu farklılığı oluşmuş ancak hekimlerin eğitim seviyesi, deneyimleri veya diğer faktörler yapılan diğer çalışmalarda sonuçları etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda incelediğimiz iki meslek grubuna bakıldığında hemşirelerin lisans ve lisansüstü katılımcıların fazla olması hemşirelerin total, duygusal, fiziksel belirtiler ölçek puanlarının daha yüksek olmasında etkili olabilir (Tablo 4.1).

Çalışmamızda hemşirelerin meslekte 6-10 yıl arası (21.55±2.52) olan katılımcıların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının diğer meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş; Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında (20.00±4.24), Başar ve Durmaz'ın (2015) çalışmasında (22.67±2.81) 1-5 yıl arası çalışma süresi olan katılımcıların hemşire ve ebelerin kadına yönelik ölçek puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Başar ve Durmaz, 2015; Kara vd., 2018). Çalışmamızda 6-10 yıl deneyime sahip olanların daha yüksek ölçek puanına sahip olması, diğer çalışmalarda gözlemlenen 1-5 yıl deneyime sahip katılımcılar ile çeliştiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumu lisansüstü (13.00±0.00) olan katılımcıların fiziksel belirtiler alt boyut puanı diğer meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Ülkemizde yapılan Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında eğitim durumu lisans olanların daha yüksek fiziksel belirtiler alt boyut puanı (8.18±1.67) çalışmamızla paralellik gösterirken çalışmamızdan farklı sonucu olan Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında eğitim durumu lise olan katılımcıların fiziksel alt boyut puanı (8.44±0.52) diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Akın vd., 2022; Kara vd., 2018). Bu durum da eğitim durumunun artması katılımcıların fiziksel belirtilerini tanımlamasını bizim çalışmamızda ve Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında pozitif yönde

etkilerken Akın ve arkadaşlarının çalışmasında (2022) eğitim düzeyinin artması fiziksel belirti puanının artmasına etkili olmamıştır. Ancak kadına yönelik şiddet vakalarını gözden kaçırmamak ve etkili bir şekilde tanımlamak için, hemşire ve ebelerin lisans eğitimini tamamlamaları ve hatta lisansüstü eğitimle kendilerini geliştirmeleri oldukça önemlidir. Lisans eğitiminde öğrencilere vakaya bütüncül olarak bakma ve tanıma becerileri öğretilirken, bu süreç kadına yönelik şiddet vakalarının tespitinde de kritik bir rol oynar. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin bu alandaki eğitimlerini sürekli olarak güncellemeleri ve derinleştirmeleri, şiddet mağdurlarına daha etkili ve duyarlı bir şekilde yardımcı olmalarına olanak tanır.

Çalışmamızda ebelerin çalışılan birim yoğun bakım olan (9 ± 0.00) olan katılımcıların fiziksel belirtiler alt boyut puanı diğer birimlerde çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise aile sağlığı merkezinde çalışan (8.51 ± 1.19) katılımcıların fiziksel alt boyut puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akın vd., 2022). Bizim çalışmamızda yoğun bakımda çalışan ebelerin fiziksel belirtiler alt boyut puanının daha yüksek olmasının sebebinin yoğun bakımlarda hastaya bütüncül bakımın tam olarak verilmesinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Diğer yandan Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında birinci basamak sağlık birimi olan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan katılımcıların fiziksel belirtiler puanının yüksek olması halk sağlığı açısından avantaj olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda duygusal belirtiler alt puanı çocuk sahibi olan (12.00 ± 0.00) ebeler olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.7). Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında çalışmamızın aksine çocuğu olmayan katılımcıların (8.20 ± 1.73) duygusal belirtiler alt puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akın vd., 2022). Bu analiz sonucunda çocuk sahibi olmanın kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanımayı etkilemediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin öğrenim sırasında kadına yönelik şiddet konusunda kısmen eğitim aldım cevabını verenlerin (24.00 ± 0.00) diğer meslektaşlarına göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek puanlarının diğer meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8) Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında daha

önce eğitim almayan katılımcıların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek puanları (20.23 ± 2.93) daha yüksek olduğu tespit edilirken yine aynı sonucu Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında (19.12 ± 3.59) da görmekteyiz (Akın vd., 2022; Kara vd., 2018). Başar ve Durmaz (2015) çalışmasında mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet hakkında bilgi alanların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek puanlarının (21.03 ± 3.60) diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Başar ve Durmaz, 2015). Çalışmamızın ve diğer çalışmaların farklı sonuçlar gösterdiği bu durumda, öğrenim sürecinde konu ile ilgili eğitim almanın hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına etkisi tam olarak yorumlanamamaktadır. Ancak eğitimin farkındalık kazandırdığı her alanda ortak fikirdir. Bu yüzden sadece ebelik ve hemşirelik programlarında değil tüm sağlık programlarında eğitim görenlerin de eğitimleri sırasında kadına yönelik şiddet hakkında eğitimler verilmeli ve bu konu müfredatlara dahil edilmelidir.

Çalışmamızda hemşirelerin kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürünü bilenlerin (26.58 ± 2.43) diğer meslektaşlarına göre hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek puanlarının diğer meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Kara ve arkadaşlarının (2018) (19.17 ± 3.90) çalışması da bizim çalışmamızla bu konuda paralellik göstermektedir (Kara vd., 2018). Bu konuda kurumların eğitim birimlerine büyük pay düşmektedir. Tüm sağlık personeline kadına yönelik şiddet hakkında hizmet içi eğitim vermeleri gerekmektedir. Eğitimlerde şiddet görmüş bir kadına doğru müdahale yapılması ve bu müdahalenin sıralamasının ne şekilde olması gerektiği, kurum prosedürlerine uygun olarak aktarılmalıdır.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma hayatın da karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yapanların (11.37 ± 0.49) fiziksel belirtiler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Çalışmamız Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasıyla (8.10 ± 1.60) paralellik gösterirken Ay ve Kılınçel'in (2020) hekimler üzerinde yaptığı çalışmada şiddetin özelliğine göre bildirim yaparım ($9,15\pm 1,46$) cevabını verenlerin fiziksel belirtiler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ay ve Kılınçel, 2020; Kara vd.,

2018). Kadına yönelik fiziksel şiddet vakasıyla gelen hastaların, şiddetin özelliğine göre (vücut bütünlüğüne olan etkisi) değerlendirilmesi yanlıştır. Fiziksel şiddet, diğer şiddet türlerinden farklı olarak gözle görülebilen bir şiddet türüdür. Bu nedenle, fiziksel olarak darbe almış kadın hastaların değerlendirilmesi sırasında, şiddetin varlığı mutlaka irdelenmelidir. Şiddet olgusu kesinleşmese bile, bildirim yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında yapılabilecek girişimler soruna hemşirelerin ilgili kurum prosedürünü başlatırım cevabını (15.00±1.01) verenlerin, ebelerin yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm cevabı (12.00±0.00) verenlerin ölçek duygusal belirtiler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Hem Kara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında (11.05±2.70) hem de Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında (12.22±2.06) şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığında bildirim yapanların duygusal alt boyut puanı bildirim yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Akın vd., 2022; Kara vd., 2018). Sağlık çalışanları Madde 280 gereğince bildirim yapma zorunluluğuna tabiidir. Bu yüzden tüm sağlık personeli kadına yönelik şiddet vakasıyla karşılaştığın da ilgili kurum prosedürlerini başlatarak bildirim yapmak zorundadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmış olup aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya katılan %63.6'sını hemşireler, %36.4'ünü ebelerin oluşturduğu

- Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçeğin puan ortalamasının 18.59 ± 6.21 olduğu, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının 8.28 ± 3.31 , ve duygusal belirtiler alt boyut ortalamasının 10.31 ± 3.28 olduğu; yapılan analiz sonucunda katılımcıların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu,

- Ebelerin %54.5'inin, hemşirelerin ise %55.5'inin öğrenimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığı,

- Ebelerin %45.5'inin, hemşirelerin ise %51.2'sinin çalışma hayatına başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim almadığı,

- Ebelerin tamamının, hemşirelerin ise %75.6'sının sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklar hakkında bilgi varlığı olduğu,

- Hemşirelerin %82.3'ünün, çalışma hayatları boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşmalarına rağmen sadece %20.1'inin, ebelerin ise %82.8'inin bu olgularla karşılaşmasına rağmen ancak %40.7'sinin bildirim yaptığı,

- Ebelerin %62.8'inin, hemşirelerin ise %66.1'inin kurumda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izlenilecek kurum prosedürü varlığına bilmiyorum cevabını verdiği,

- Ebeler %45.5, hemşireler ise %57.1 oranında kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade ettiği,

- Çalışmaya ebelerin ve hemşirelerin %100'ünün kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini istediği,

- Çalışmada, ebelerin 22-35 yaş arasında olanların, yoğun bakımda çalışanların, gelir giderine eşit olanların, çocuk sahibi olmayanların ve meslekte çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu,

- Çalışmada, hemşirelerin 36-45 yaş arasında olanların, lisansüstü mezunu olanların, geliri giderinden fazla olanların, çocuğu olanların ve yine ebelerde olduğu gibi 6-10 arasında çalışma yılı olanların hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Hastane yönetimi, kadına yönelik şiddetle mücadele için protokoller geliştirmeli, ebe, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile iş birliği yaparak sürekli farkındalık oluşturmali ve eğitimler düzenleyerek kadın hastalarla iletişimde şiddet işaretlerini tanımayı ve rapor etmeyi teşvik etmelidir. Ayrıca hastane içinde paneller, seminerler veya bilgilendirici broşürler gibi etkinlikler düzenlenerek bu konuda bilinçlendirme yapılabilir.

- Hemşireler ve ebelere, kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanıma ve müdahale etme konusunda verilen eğitimlerde kadına yönelik şiddetin tanımı, türleri, risk faktörleri, etkileri ve önlenmesi konularına yer verilmelidir. Gerçek hayattan örnek olaylarla eğitim verilerek, ebe ve hemşirelerin şiddet vakalarını nasıl tanıyabilecekleri ve nasıl müdahale edebilecekleri konusunda pratiği artırılabilir.

- Hemşireler ve ebeler, kadınları risk altında olabilecekleri durumlar hakkında değerlendirmeli ve gerekirse diğer birimlerle iş birliği yaparak destek ve koruma sağlamalıdır.

- Kadınlar, şiddetle mücadele etmek için gerekli kaynaklara kolayca erişebilmeli bunu da birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebeler sempozyum ve seminerlerle tanıtmalı ve desteklemelidir; ayrıca, sektörler arası işbirliği yaparak bu sürecin etkinliğini artırılmalıdır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebeler için de düzenli eğitimler verilmeli, protokoller oluşturulmalı ve iş birliği sağlanarak kadına yönelik şiddet farkındalığı artırılmalı, çalışanların bilgi düzeyi izlenmeli ve hassasiyetle kadın hastalarla iletişimde empati göstermeleri teşvik edilmelidir. Ayrıca kadına yönelik şiddet konusunda sürekli farkındalık oluşturulmalıdır. Bunun için seminerler, paneller, bilgilendirici broşürler gibi etkinlikler düzenlenebilir. İ iletişim araçları ve eğitim materyalleriyle bu konuya dikkat çekilmelidir.



KAYNAKLAR

- Ahinkorah, B. O., Aboagye, R. G., Cadri, A., Salihu, T., Seidu, A. A., & Yaya, S. (2023). Exposure to interparental violence and intimate partner violence among women in Papua New Guinea. *BMC Women's Health*, 23(48), 1-9.
- Akın, B., Erkal Aksoy, Y. Türkmen, H. (2022). Ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeylerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 262-267.
- Aksu, S. (2017). Adli Ebelik. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 277-284. <https://doi.org/10.17681/hsp.306089>
- Akyazı, A., Akyazı, E. (2024). Kadına yönelik şiddet ve alternatif bir iletişim aracı olarak sosyal medya: TBMM 27. dönem kadın milletvekillerinin twitter hesapları üzerine bir araştırma. *İletişim ve Medya Alanında Uluslararası Araştırmalar XV*, 25.
- Alan Dikmen, H., Marakoğlu, K. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 29(2), 73-79.
- Albanesi, C., Tomasetto, C., Guardabassi, V. (2021). Evaluating interventions with victims of intimate partner violence: a community psychology approach. *BMC women's health*, 21, 1-15.
- Ali, T.S., Karmaliani, R., Khuwaja, H.M.A., Shah, N.Z., Wadani, Z.H., Aijaz, S., Kulane, A. (2020). Community stakeholders' views on reducing violence against women in Pakistan. *BMC Women's Health*, 20, 1-13.
- Alijani, F., Khosravi, A., Mousavi, M.S., Delarosa, V. (2019). The associated factors of domestic violence against infertile women. *Journal of research Development in Nursing and Midwifery*, 16(2), 61-70.
- Aljomaie, H.A.H., Hollingdrake, O., Cruz, A. A., Currie, J. (2022). A scoping review of the healthcare provided by nurses to people experiencing domestic violence in primary health care settings. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100068.
- Alkan, Ö., Özar, Ş., Ünver, Ş. (2021). Economic violence against women: A case in Turkey. *PloS one*, 16(3), e0248630.
- Alkan, Ö., & Tekmanlı, H. H. (2021). Determination of the factors affecting sexual violence against women in Turkey: a population-based analysis. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-10.
- Ambikile, J. S., Leshabari, S., Ohnishi, M. (2020). Knowledge, attitude, and preparedness toward IPV care provision among nurses and midwives in Tanzania. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-7.
- Anguzu, R., Cassidy, L. D., Nakimuli, A. O., Kansiime, J., Babikako, H. M., Beyer, K. M., & Dickson-Gomez, J. (2023). Healthcare provider experiences interacting with survivors of intimate partner violence: A qualitative study to inform survivor-centered approaches. *BMC Women's Health*, 23(1), Article 43. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02700-w>
- Arboit, J., de Mello Padoin, S. M., Vieira, L. B. (2020). Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. *Atencion Primaria*, 52(1), 14-21.
- Ay, R., Kılınçel, Ş. (2020). Hekimlerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(4), 600-608.
- Babacan Gümüş, A., Şıpkın, S., Erdem, Ö. (2020a). Kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 79-87.

- Babacan Gümüş, A., Şıpkın, S., Erdem, Ö. (2020b). The prevalence of intimate partner violence against women and women's methods of coping with partner violence. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 79-87.
- Bahadır Yılmaz, E., Yüksel, A. (2023). Kadına yönelik Şiddet eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin Şiddete yönelik tutumları, mesleki tutumları ve Şiddetin belirtilerini tanıma düzeylerine etkisi: Yarı deneysel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 508-516
- Bahçekapılı, H. G. (2023). Psikolojik cinsiyet farklarının evrimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin açıklanmasındaki rolü. *Onto Dergisi Mutfak Ekibi Dayanışma Yaşatır, Ya Depreme Hazırlık?* 4, 9-19.
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., Creedy, D. K. (2015). An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*, 28(3), 215-220.
- Bakırcı, K. (2015). İstanbul sözleşmesi. *Ankara Barosu Dergisi*, 4, 133-204.
- Başar, F., Durmaz, A. (2015). Kadına yönelik Şiddet konusunda hemşirelerin ve ebelerin bilgi durumları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6, 6-15.
- Bayraktar, T. (2018). İstanbul Sözleşmesi ve 2017 Türkiye Gölge Raporuna ilişkin bir değerlendirme. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 26(3), 87-111.
- Baysan Arabacı, L., Kardağlı, A. (2006). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik Şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum*, 16(2), 101-112.
- Benebo, F. O., Schumann, B., Vaezghasemi, M. (2018). Intimate partner violence against women in Nigeria: A multilevel study investigating the effect of women's status and community norms. *BMC Women's Health*, 18(1), 1-17.
- Berber, M.A., Hotun Şahin, N. (2023). Aile içi Şiddetin kadın sağlığına etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 8(3), 561-568.
- Bhattacharya, A., Yasmin, S., Bhattacharya, A., Baur, B., Madhwani, K.P. (2020). Domestic violence against women: A hidden and deeply rooted health issue in India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(10), 5229-5231.
- Bilge, Ç., Karakaő, S., Oskay, Ü. (2020). İstanbul'da bir üniversitede hemşirelik öğrencilerinin evlilikte kadına karşı Şiddet konusundaki düşünce ve tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 196-204.
- Bilgin Şahin, B., Erbay Dünder, P. (2017). Kadına yönelik Şiddet ve yaşam kalitesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 203-210.
- Bilican Gökkyaya, V. (2018). *Toplumsal cinsiyet ve aile içinde kadına yönelik Şiddet*. Ankara: Gece Kitaplığı.
- BM. (1993). Kadına yönelik Şiddetin ortadan kaldırılmasına dair bildirge. <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/352/ekutuphane3.5.1.4.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 20.01.2023).
- BM. (1995). Pekin deklarasyonu ve eylem planı. <https://www.diyarbakirbarosu.org.tr/public/uploads/document/pekin-1568489265>(Erişim Tarihi: 25.02.2023).
- BM&UNİCEF. (2004). Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi uluslararası sözleşmesi-CEDAW. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n04/224/88/pdf/n0422488.pdf?token=08IGcCXPnXndKVT6J&fe=true> (Erişim Tarihi: 06.06.2023).

- Boyacıoğlu, İ. (2019). Kadına yönelik şiddeti önleyici devlet politikaları: Psikolojik şiddetle mücadele. *Madde, Diyalektik ve Toplum*, 2(3), 246–249.
- Bükecik, E., Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Can Gürkan, Ö. (2020). Aile içi şiddet dersinin hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ve şiddete karşı tutumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 57-63.
- Cardenas, I. (2023). Advancing intersectionality approaches in intimate partner violence research: A social justice approach. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 32(1), 1-11.
- Cepeda, I., Lacalle-Calderon, M., Torralba, M. (2022). Measuring violence against women: A global index. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(19-20), NP18614-NP18638.
- Cerit, Ç., Porsuk, A. Ö. (2021). Kadına yönelik eş şiddeti konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4), 563-570.
- Chang, X., Yang, Y., Li, R. (2022). The characteristics of husbands and violence against women in Wuhan, China: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 73.
- Chasweka, R., Chimwaza, A., Maluwa, A. (2018). Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 30(3), 191-196.
- Chernet, A.G., Cherie, K.T. (2020). Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-7.
- Chisholm, C.A., Bullock, L., Ferguson II, J.E.J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 141-144.
- Coll, C. V., Ewerling, F., García-Moreno, C., Hellwig, F., Barros, A. J. (2020). Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ Global Health*, 5(1), e002208.
- Çalışkan, H., Çevik, E.İ. (2018). Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 218-233.
- Çalmuk, H. N. (2022). *Kadına yönelik şiddet*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi.
- Çıtak, G., Yücel, Y. (2022). Kadına el kalkmaz: Peki ya dijital şiddet? *Meyad Akademi*, 3(2), 162-169.
- Dağcı, S., Ören, B. (2019). Cinsiyet eşitsizliği, kadına yönelik şiddet ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(4), 236-240.
- Dağlar, G., Bilgic, D., Demirel, G. (2017). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 220-228.
- Dağlar, G., Bilgiç, D., Demirel, G. (2017). Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women. *Dokuz Eylül University E-Journal of Nursing Faculty*, 10(4), 220-228.
- Demir, S., Yeşiltepe Oksay, Ü. (2015). Aile içi şiddetin üreme sağlığına etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 35-38.

- Dişsiz M, Hotun ğahin N. Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik Ğiddet. Maltepe Üniversitesi HemĞirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1: 50-58.
- Doğrucan, A., Yıldıırım, Z. (2020). Kadına yönelik aile içi Şiddet zerine bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 122-138.
- Doran, F., Hutchinson, M., Brown, J., East, L., Irwin, P., Mainey, L., Sweet, L. (2019). Australian nursing and midwifery student beliefs and attitudes about domestic violence: A multi-site, cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 40, 102613.
- Duran, S., Eraslan, S. T. (2019). Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(1), 53-57.
- Durmaz H., Korkmaz T. Okanlı A. (2018). Hemşirelerin Şiddete maruz kalma durumları ve kadına yönelik Şiddet belirtilerini tanıma dzeyleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 7, 1-18.
- Edeby, A., San Sebastián, M. (2021). Prevalence and sociogeographical inequalities of violence against women in Ecuador: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 20 (1), <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01456-9>.
- El-Serag, R., Thurston, R.C. (2020). Matters of the heart and mind: Interpersonal violence and cardiovascular disease in women. *American Heart Association*, 9, e015479.
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *The Lancet*, 385(9977), 1555-1566.
- Erbay, H. (2019). Tarihsel süreçte dünyada ve Türk toplumunda kadın algısı ve haklarının geliŐimi üzerine bir değerlendirme. *Ege Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-25.
- Erenoğlu, R., Can, R. (2020). Hemşirelik bölümü oğrencilerinin kadına yönelik Şiddete ve Şiddete mesleki role ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 31-40.
- Escap, U. (2016). Sustainable Development Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific..
- EŞkinat, R. (2013). Türkiye'de kadına yönelik ekonomik Şiddet (BoŐanmıŐ kadınlara yönelik araştırma). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 37(zel Sayı), 137-173.
- Fekadu, E., Yigzaw, G., Gelaye, K.A., Ayele, T. A., Minwuye, T., Geneta, T., Teshome, D.F. (2018). Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 18, 1-8.
- Fernández López, R., De-Leon-de-Leon, S., Martin-de-Las-Heras, S., Torres Cantero, J. C., Megías, J. L., Zapata-Calvente, A. L. (2022). Women survivors of intimate partner violence talk about using e-health during pregnancy: A focus group study. *BMC Women's Health*, 22(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01669-2>
- Field, S., Onah, M., van Heyningen, T., Honikman, S. (2018). Domestic and intimate partner violence among pregnant women in a low resource setting in South Africa: A facility-based, mixed methods study. *BMC Women's Health*, 18, 1-13.
- Fleming, P. J., Gruskin, S., Rojo, F., Dworkin, S. L. (2015). Men's violence against women and men are inter-related: Recommendations for simultaneous intervention. *Social Science & Medicine*, 146, 249-256.

- Foody, M., McGuire, L., Kuldass, S., O'Higgins Norman, J. (2019a). Friendship quality and gender differences in association with cyberbullying involvement and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 10, 460972.
- Foody, M., McGuire, L., Kuldass, S., O'Higgins Norman, J. (2019b). Friendship quality and gender differences in association with cyberbullying involvement and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 10, 1723.
- García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A.F.L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567-1579.
- Gazete, R. (2012). Ailenin korunması ve kadına karşı şiddetin önlenmesine dair. *Günlük Gazete*, s. 3, 1 Ocak 2012
- Kanun. (2012). *Ailenin korunması ve kadına karşı şiddetin önlenmesine dair kanun. (2012)*. T.C. Resmi Gazete, 28239,8.3.2012. [https:// www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm](https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm). (Erişim Tarihi: 06.07.2023).
- Gencer, M.Z., Ağırman, E., Arıca, S. (2019). İstanbul ilinde kadına yönelik şiddet sıklığı ve kadınların şiddet algısı. *Ahi Evran Medical Journal*, 3(1), 18-25.
- Gibbs, A., Dunkle, K., Ramsoomar, L., Willan, S., Jama Shai, N., Chatterji, S., Jewkes, R. (2020). New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions. *Global Health Action*, 13(1), 1739845.
- Greulich, A., Dasré, A. (2022). The association between women's economic participation and physical and/or sexual domestic violence against women: A case study for Turkey. *PloS one*, 17(11), e0273440.
- Güler, E., Erbil, N. (2022). Kadına yönelik şiddet, cinsel şiddet ve hemşirenin sorumlulukları. *Androloji Bülteni*, 24(3), 204-213.
- Gümüşsoy, S., Dönmez, S., Ekşi, A., Dal, N. A. (2021). Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services. *International Emergency Nursing*, 56, 100975.
- Güneş, G., Sarıbyık, M., Tekin, Ç. (2018). Sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda deneyimleri ve şiddeti tanıyabilme düzeyleri. *Annals of Health Sciences Research*, 7(1), 1-7.
- Hajnasiri, H., Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K., Moafi, F., & Farajzadeh, M. (2016). Domestic violence among Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6), doi: 10.5812/ircmj.34971.
- Heron, R. L., Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 612-630.
- Heywood, I., Sammut, D., Bradbury-Jones, C. (2019). A qualitative exploration of 'thrivership' among women who have experienced domestic violence and abuse: Development of a new model. *BMC Women's Health*, 19, 1-15.
- Hing, N., O'Mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., & Breen, H. (2023). Intimate partner violence linked to gambling: cohort and period effects on the past experiences of older women. *BMC Women's Health*, 23(1), <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02316-0>,
- Hing, N., O'Mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., Breen, H., Taylor, A. (2021). Impacts of male intimate partner violence on women: A life course perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8303.

- Htun, M., Jensenius, F.R. (2020). Fighting violence against women: Laws, norms & challenges ahead. *Daedalus*, 149(1), 144-159.
- HÜNEE. (2009). *Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet, 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- HÜNEE. (2015). *Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.
- ICN. (2018). Transformation and Innovation. 2016-2017 Biennial Report. *The International Council of Nurses*. (2018). https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Biennial%20report%202016-2017_FINAL.pdf. (Erişim Tarihi: 17.04.2024).
- ICPD. (1994). (International Conference on Population and Development) *Programme of action of the international conference on population and development*. Cairo.
- ILO, PSI, WHO, ICN. (2003). Workplace violence in the health sector country case studies research instruments: Survey questionnaire. Geneva: ILO. (Erişim Tarihi: 19.05.2023).
- İnci, R. (2019). Çalışan kadınlarda şiddet algısı ve bu algıda ekonomik şiddetin yeri. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 189-206.
- Jungari, S., Chauhan, B. G., Bomble, P., & Pardhi, A. (2022). Violence against women in urban slums of India: A review of two decades of research. *Global Public Health*, 17(1), 115-133.
- Kaburi, R.M., Kaburi, B.B. (2023). Formal support services and (dis) empowerment of domestic violence victims: Perspectives from women survivors in Ghana. *BMC Women's Health*, 23(1), 539.
- Kadir Shahar, H., Jafri, F., Mohd Zulkefli, N. A., Ahmad, N. (2020). Prevalence of intimate partner violence in Malaysia and its associated factors: A systematic review. *BMC Public Health*, 20, 1-9.
- Kahya, Y. (2021). Intimate partner violence victimization and perpetration in a Turkish female sample: Rejection sensitivity and hostility. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP4389-NP4412.
- Kahyaoğlu Süt, H., Akyüz, P. (2016). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyleri. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 6(11), 1-15.
- Kalokhe, A., Del Rio, C., Dunkle, K., Stephenson, R., Metheny, N., Paranjape, A., Sahay, S. (2017). Domestic violence against women in India: A systematic review of a decade of quantitative studies. *Global Public Health*, 12(4), 498-513.
- Kalra, N., Di Tanna, G. L., García-Moreno, C. (2023). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD012423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2> (Erişim Tarihi: 17.02.2024).
- KAMER. (2015). Kadın Hakları İnsan Haklarıdır [PDF dosyası]. https://www.kamer.org.tr/menuis/kadin_haklari_insan_haklaridir.pdf (Erişim Tarihi: 01.01.2024).
- Kantar Davran, M. K., Elpeze Ergeç, N., Yarpuz Bozdoğan, N., Karacan, O., Veziroğlu Biçer, P., Leventeli İkikardeş, M. (2022). Kadına yönelik şiddeti önlemede eğitimin önemi: Adana örneği. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 9(90), 2678-2690.
- Kara Özçalık, C. (2022). Dünden bugüne uluslararası mevzuatta kadına yönelik şiddet ile ilgili düzenlemelerin tarihçesi. *Kadın Araştırmaları Dergisi*, 23(1), 45-67.

- Kara, P., Akçayüzlü, Ö., Gür, A. Ö., Nazik, E. (2018). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 115-122.
- Kebede, S. A., Weldesenbet, A. B., Tusa, B. S. (2022). Magnitude and determinants of intimate partner violence against women in East Africa: Multilevel analysis of recent demographic and health survey. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01656-7>.
- Khanlou, N., Vazquez, L. M., Pashang, S., Connolly, J. A., Ahmad, F., & Ssawe, A. (2021). 2020 Syndemic: convergence of COVID-19, gender-based violence, and racism pandemics. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01146-w>.
- Kilci Erciyas, Ş., Seval, M., Doğan, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 1-9.
- Kılıç, G. (2019). Kadın akademisyenlerin kadına yönelik ekonomik şiddet algısı: Düzce Üniversitesi örneği. *Muhakeme Dergisi*, 2(1), 1-33.
- Kirk, L., Terry, S., Lokuge, K., Watterson, J. L. (2017). Effectiveness of secondary and tertiary prevention for violence against women in low and low-middle income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, 17, 1-21.
- Kivelä, S., Leppäkoski, T., Ruohoniemi, J., Puolijoki, H., Paavilainen, E. (2019). The documentation and characteristics of hospitalized IPV patients using electronic medical records data: a follow-up descriptive study. *Journal of Family Violence*, 34, 611-619.
- Koştü, N., Toraman, A.U. (2021). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik eş şiddeti olgularını bildirme durumları ve ilişkili faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 11-20.
- Köprülü, M. H., Avcı, S. (2022). Ekonomik şiddet ve kadın yaşamındaki rolü. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(7), 56-65.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- KSGM. (20089). Aile içi şiddet araştırması (HUNEE-2009): Ana rapor [PDF dosyası]. Ankara Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. <http://kasaum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/34/2013/11/Aile-ici-siddet-HUNEE-2008-AnaRapor.pdf> (Erişim Tarihi: 29.05.2023)
- KSGM. (2021). Kadına yönelik şiddetle mücadele IV ulusal eylem planı (2021-2025) [PDF dosyası]. [https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadına-yönelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-planı-2021-2025.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/82082/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-planı-2021-2025.pdf). (Erişim Tarihi: 01.02.2023).
- Li, L., Shen, X., Zeng, G., Huang, H., Chen, Z., Yang, J., Zhang, Q. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Women's Health*, 23(1), <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8>.
- Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., ... & Campbell, J. C. (2024). Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. *Journal of nursing scholarship*, 56(1), 174-190.
- Lövestad, S., Vaez, M., Löve, J., Hensing, G., Krantz, G. (2021). Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: A population-based sample of women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(3), 268-276.

- Mannell, J., Lowe, H., Brown, L., Mukerji, R., Devakumar, D., Gram, L., Prost, A. (2022). Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: A mixed-methods systematic review and meta-synthesis. *BMJ Global Health*, 7(3), e007704.
- Manuel, B., Valcke, M., Keygnaert, I., Roelens, K. (2021). Improving medical students' communication competencies to deal with intimate partner violence using clinical simulations in Mozambique. *BMC Medical Education*, 21, 1-8.
- Maquibar, A., Estalella, I., Vives-Cases, C., Hurtig, A.-K., Goicolea, I. (2019). Analysing training in gender-based violence for undergraduate nursing students in Spain: A mixed-methods study. *Nurse Education Today*, 77, 71-76.
- Meekers, D., Pallin, S.C., Hutchinson, P. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*, 13, 1-16.
- Moshtagh, M., Amiri, R., Sharafi, S., Arab-Zozani, M. (2023). Intimate partner violence in the Middle East region: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 613-631.
- Mulat, B., Tsegaw, M., Chilot, D., & Shitu, K. (2022). Assessment of domestic violence and its associated factors among ever-married reproductive-age women in Cameroon: a cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 22(1), <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01907-7>.
- Muluneh MD, Stulz V, Francis L, Agho K. Gender Based Violence against Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(3):903. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030903>
- Nabaggala, M.S., Reddy, T., Manda, S. (2021). Effects of rural–urban residence and education on intimate partner violence among women in Sub-Saharan Africa: A meta-analysis of health survey data. *BMC Women's Health*, 21, 1-23.
- Najafova, L. (2020). *Türkiyede kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili araştırmaların sistematik derlemesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- Nakamura, I.B., Silva, M.T., Garcia, L.P., Galvao, T.F. (2023). Prevalence of physical violence against Brazilian women: Systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 329-339.
- Nathan, S., Ferrara, M. (2020). An innovative trauma-informed curriculum for sexual assault care. *Journal of Nursing Education*, 59(6), 336-340.
- OECD (2019). *Society at a Glance 2019*. Recuperado de <http://www.oecd.org/social/society-at-a-glance-19991290.html>. (Erişim Tarihi: 03.03.2023).
- Ogum Alangea, D., Addo-Lartey, A.A., Sikweyiya, Y., Chirwa, E.D., Coker-Appiah, D., Jewkes, R., Adanu, R. M. K. (2018). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PloS one*, 13(7), e0200874.
- Oram, S., Khalifeh, H., Howard, L.M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170.
- Organization, W.H. (2014). Violence against women. Violence against women : intimate partner and sexual violence against women: Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: *fact sheet*, <https://iris.who.int/handle/10665/112325>. (Erişim Tarihi: 01.02.2023).

- Ostadtaghizadeh, A., Zarei, M., Saniee, N. *et al.* Gender-based violence against women during the COVID-19 pandemic: Recommendations for future. *BMC Women's Health*, 23, (219), <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02372-6>.
- Owusu-Addo, E., Owusu-Addo, S. B., Antoh, E. F., Sarpong, Y. A., Obeng-Okrah, K., Annan, G. K. (2018). Ghanaian media coverage of violence against women and girls: Implications for health promotion. *BMC Women's Health*, 18(1), 1-11.
- Owusu Adjah, E. S., Agbemafle, I. (2016). Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health*, 16(1), 1-9.
- Öberg, M., Skalkidou, A., Heimer, G. (2019). Experiences of sexual violence among women seeking services at a family planning unit in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 124(2), 135-139.
- Öktem Songu, S., Asiyi, Ş. E. (2020). 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine dair kanunun çalışma ilişkilerine etkisi. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 26(2), 1157-1178.
- Özbudak Kılıçlı, Z., Gülekçi, Y., Şener, H., Renders, D. P. (2023). Kütahya ilinde gerçekleşen "kadına yönelik şiddet" vakalarının değerlendirilmesi. *Ankara Barosu Dergileri*, 81(4), 1-16.
- Özcan, A., İnan Ceviz, A. (2022). Birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 281-288.
- Özedemir, R. C., Işık, M. T., Nazik, S. (2023). Attitudes of health professionals towards violence and their tendency to report spousal violence. *Asian Journal of Psychiatry*. doi:10.1016/j.ajp.2023.103540.
- Özer Öksüzöğlü, T. (2021). Kadınlara yönelik siber zorbalık durumları ve önlem çalışmaları. *European Journal of Educational and Social Sciences*, 6(1), 67-75.
- Öztürk, G. Z. ve Toprak, D. (2017). Kadın sağlık personellerinin kadına yönelik şiddet hakkında bilgi tutum ve davranışları. *Konuralp Medical Journal*, 9(1), 58-62.
- Öztürk, Ö., Öztürk, Ö., Tapan, B. (2016). Kadına yönelik şiddetin kadın ve toplum sağlığı üzerine etkileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 139-144.
- Öztürk, R. (2021). The impact of violence against women courses on the attitudes of nursing students toward violence against women and their professional roles. *Nurse Education in Practice*, 52, 103032.
- Parra-Barrera, S. M., Moyano, N., Boldova, M. Á., Sánchez-Fuentes, M. d. M. (2021). Protection against sexual violence in the Colombian legal framework: obstacles and consequences for women victims. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(08), 4171.
- Patel, A., Newman, E. Richardson, J. A pilot study adapting and validating the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) and PTSD checklist-5 (PCL-5) with Indian women from slums reporting gender-based violence. *BMC Women's Health*, 22(22), <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01595-3>.
- Peeren, S., McLindon, E. Tarzia, L. "Counteract the gaslighting" – A thematic analysis of open-ended responses about what women survivors of intimate partner sexual violence need from service providers. *BMC Women's Health*, 24(110), <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02943-1>.
- Phiri, M., Namayawa, S., Sianyeuka, B. *et al.* Determinants of spousal physical violence against women in Zambia: A- multilevel analysis. *BMC Public Health*, 23, (934), <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15927-x>.

- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Sabancıoğulları, S., Taşkın Yılmaz, F., Ar, E., Çakmaktepe, G. (2016). The attitudes of nursing students towards violence against women and occupational role in violence, self-esteem and affecting factors. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(1), 35-43.
- Sadıç, E., Alparslan, Ö. (2021). Kadına yönelik şiddet ve adli ebelik. *Meyad Akademi*, 2(2), 150-162.
- Sakızcıoğlu, S., Doğan, T. (2020). Evli bireylerin evlilik içi tecavüz olgusu hakkındaki görüşleri: Nitel bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 20, 19-49.
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813.
- Sarıbryık, M. (2012). *Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi
- Sawyer, S., Melvin, G., Williams, A., Williams, B. (2022). A new scale of readiness for health care students to encounter partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), NP14877-NP14897.
- Seçgin, L., Arslan, T., Selçuk, K. T. (2022). Türkiye’de son beş yılda kadına yönelik şiddet: COVID-19 pandemisinin etkisi. *Humanistic Perspective*, 4(1), 28-43.
- Shafiei, S., Chegeni, M., Afrashteh, S., Shoraka, H. R., Bazrafshan, A., Bagherinezhad, Z., Sharifi, H. (2022). Prevalence of violence in Iranian pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 26(10), 1983-2019.
- Shaqiqi, W., Cuthill, F., Brennan, G. (2022). Nursing students' knowledge, attitudes, preparedness and practice towards intimate partner violence against women: A scoping review and thematic synthesis. *Nurse Education Today*, 116, 105452.
- Shayestefar, M., Saffari, M., Gholamhosseinzadeh, R. et al. A qualitative quantitative mixed methods study of domestic violence against women. *BMC Women's Health*, 23(322), <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02483-0>.
- Shrestha, R., Sapkota, D., Sarraf, R.R. et al. Perceptions on violence against women and its impacts on mental health and response mechanisms among community-based stakeholders: a qualitative study from Nepal. *BMC Women's Health*, 24(258), <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03064-5>.
- Sis Çelik, A., Aydın, A. (2019). The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 210-217.
- Sözleşmesi, İ. (2011). *Kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleyle dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi*. İstanbul. Avrupa Konseyi Sözleşmeler Dizisi.
- Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., Saleh-Stattin, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 902-913.
- Şen, S., Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*, 17, 1-9.

- Tanrıverdi, G., Çapık, C., Yalçın Gürsoy, M. (2018). Prevalence of domestic violence against married women in Turkey and associated risk factors Türkiye’de evli kadınlara yönelik aile içi şiddet prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 38(3), 218-229.
- Taşkıran Çatak, A. (2015). Birinci basamakta çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma ve bildirim konusundaki tutum ve davranışları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi
- TDK. (2019). *Türkçe sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Tekkaş Kerman, K., Betrus, P. (2020). Violence against women in Turkey: A social ecological framework of determinants and prevention strategies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 510-526.
- Tiwari, A., Cheung, D.S.T., Chan, K.L., Fong, D.Y.T., Yan, E.C.W., Lam, G.L.L., Tang, D.H.M. (2014). Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. *BMC Women's Health*, 14, 1-10.
- Tomas, N., Rupare, G. (2022). Nursing students' perception on their readiness to combat gender-based violence during the COVID-19 pandemic. *Health SA Gesondheid (Online)*, 27, 1-8.
- Tura, H., Licoze, A. (2019). Women’s experience of intimate partner violence and uptake of Antenatal Care in Sofala, Mozambique. *PloS One*, 14(5), e0217407.
- TÜİK. (2014). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması mikro veri setleri.
- UN. (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*. New York: UN.
- UN. (2023). *Fight against gender-based violence intensifies across Europe*. <https://unric.org/en/fight-to-eliminate-violence-against-women-intensifies-across-europe/#:~:text=Significantly%2C%2031.5%25%20of%20women%20aged,common%20form%20of%20sexual%20violence>. (Erişim Tarihi: 10.05.2024).
- UNDP. (2020). *Human development report 2020*. New York: United Nations.
- Utuş, G. (2021). *Hemşirelik öğrencilerinin eş dövmeye ilişkin tutumları ve kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi.
- Üstüner, A. (2020). *Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti tanımaya yönelik bilgi düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstinye Üniversitesi.
- Vakfi, M.Ç.K.S. (2016). Erkeklerin şiddetine karşı dur! yaşamı değiştir. (Erişim Tarihi: 06.04.2024).
- Webster, K., Diemer, K., Honey, N., Mannix, S., Mickle, J., Morgan, J., Stubbs, J. (2018). *Australians’ attitudes to violence against women and gender equality: Australia's National Research Organisation for Women's Safety- Webster, K., Diemer, K., Honey, N., Mannix, S., Mickle, J., Morgan, J., Parkes, A., Politoff, V., Powell, A., Stubbs, J., Ward, A. (2018). Australians’ attitudes to violence against women and gender equality. Findings from the 2017 National Community Attitudes towards Violence against Women Survey (NCAS) (Research report, 03/2018). Sydney, NSW: ANROWS.*
- Wedajo, L.F., Mamo, A.M., Alemu, S.S. (2023). Genişletilmiş doğum sonrası yakın partner şiddeti ve bununla ilişkili faktörler: Toplum temelli kesitsel çalışma tasarımı. *BMC Kadın Sağlığı*, 23, 501 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02649-w>.
- WHO. (1996). Prevention of violence: Public health priority (pp. 20-25 May 1996).
- WHO. (2002a). World Report on Violence and Health, World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. (Erişim Tarihi: 04.01.2024).

- WHO. (2002b). *World report on violence and health*. Geneva.
- WHO. (2005). *Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Violence, injuries and disability: Biennial report 2010-2011*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75573/9789241504133_eng.pdf?sequence=1. (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- World Health Organization. (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- WHO (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*: World Health Organization.
- WHO (2019) *RESPECT women: Preventing violence against women*. World Health Organization, World Health Organization.
- WHO (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*: World Health Organization.
- Wild, K. J., Gomes, L., Fernandes, A., de Araujo, G., Madeira, I., da Conceicao Matos, L., Taft, A. (2019). Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste. *Women and Birth*, 32(4), e459-e466.
- Yaya, S., Ghose, B. (2019). Alcohol drinking by husbands/partners is associated with higher intimate partner violence against women in angola. *Safety*, 25(1), <https://doi.org/10.3390/safety5010005>.
- Yayla, İ. D. (2009). *Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış dőzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Yılmaz Bingöl, T., Yılar Erkek, Z. (2020). Duygusal zeka ve şiddet. *Meyad Akademi*, 1(2), 165-181.
- Zarei M, Rasolabadi M, Gharibi F, Seidi J. The prevalence of violence against women and some related factors in Sanandaj city (Iran) in 2015. *Electron Physician*. 2017 Nov 25;9(11):5746-5753. doi: 10.19082/5746.. 5746.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Furkan KAYNAK
Eğitim	
Lise	Özel Gazimir Ataşehir Temel Lisesi (2016)
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi/Afyon Sağlık Yüksekokulu (2016-2020)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı (2021-Halen)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanılama Düzeyleri ile ilgili yeni bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Bu araştırmanın amacı “**Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanılama Düzeyleri**”nin belirlenmesidir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz, bu formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni **Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanılama Düzeyleri**’nin belirlenmesinin ortaya konulmasıdır. **Balıkesir Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**’nda gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sorumlu araştırmacı **Doç. Dr. Sevede AKSU** veya onun görevlendireceği bir yardımcı araştırmacı tarafından veri toplanacak ve elde edilen veriler kaydedilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanılama Düzeyleri’nin belirlenmesi için anket ve ölçek yöntemleri kullanılarak toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Sayın hemşire **Furkan Kaynak** tarafından **Balıkesir Üniversitesi’nin Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**’nda gerçekleşecek olan ölçüme dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence araştırmacılar tarafından verildi (*Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim*).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde, Sayın Furkan Kaynak 0 (iş) ve 1 (Cepeda et al.) no’lu telefonlardan da arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdı iki kopya şeklinde düzenlenir ve bir kopyası katılımcıya verilir.

Tarih: /.... /.....

Gönüllü Katılımcının

Sorumlu Araştırmacının

yada Yasal Temsilcisinin

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı: Doç.Dr. Sevede AKSU

Adres:

Adres:

Telefon:



EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Sosyodemografik sorular

1. Yaş
 - a) 22-35
 - b) 36-45
 - c) 46 ve üzeri
2. Eğitim
 - a) Sağlık meslek lisesi
 - b) Ön Lisans
 - c) Lisans
 - d) Lisansüstü
3. Meslek
 - a) Ebe
 - b) Hemşire
4. Çalıştığınız Birim
 - a) Acil Servis
 - b) Yoğun Bakım
 - c) Servis
 - d) Diğer birimler (.....)
5. Gelir durumu
 - a) Geliri giderinden az
 - b) Geliri giderine eşit
 - c) Geliri giderinden fazla
6. Çocuk sahibi olma durumu
 - a) Var
 - b) Yok
7. Meslekte çalışma süresi
 - a) 1-5
 - b) 6-10
 - c) 10 yıl üzeri

Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorular

8. Öğreniminiz sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldınız mı?
 - a) bilgi aldım
 - b) almadım
 - c) kısmen aldım
9. Çalışma hayatınıza başladıktan sonra kadına yönelik şiddet konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı?
 - a) aldım
 - b) almadım
 - c) kısmen aldım
10. Kurumunuzda çalışırken karşılaştığımız adli vakaları sağlık mesleği mensubu olarak bildirim yükümlülüğünüz (MD. 280) ile ilgili kanunu biliyor musunuz?
 - a) evet
 - b) hayır
11. Sağlık personeli olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilginiz var mı?
 - a) evet
 - b) hayır
12. Çalışma hayatınız boyunca şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaştınız mı?
 - a) karşılaştım
 - b) karşılaşmadım
13. Çalışma hayatınız da karşılaştığımız kadına yönelik şiddet olgusunu/şüphesini bildirim yaptınız mı?
 - a) evet, yaptım.
 - b) hayır, yapmadım.

14. Kurumunuzda çalışırken şiddet olgusu/şüphesi olan kadınlarla karşılaşma durumunda izleyeceğiniz kurum prosedürü var mı?
 - a) evet
 - b) hayır
 - c) bilmiyorum
15. Kadına yönelik şiddet konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - a) yeterli bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum
 - b) düşünmüyorum
16. Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığınızda hangi girişimleri yapabilirsiniz?
 - a) Bildirim yapmam.
 - b) Anamnez alırım ve hekime bildiririm.
 - c) İlgili kurum prosedürünü başlatırım.
 - d) Yasal konularda kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi veririm.
17. Şiddet olgusu/şüphesi olan kadınla karşılaştığınızda bildirim yapmama neden/nedenlerinizi işaretleyiniz?
 - a) Yasal sürece ait bilgim olmadığı için.
 - b) Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.
 - c) Kime bildireceğimi bilmediğim için.
 - d) Mağduru daha kötü duruma sokmaktan korktuğum için.
 - e) Diğer
18. Kurum içi hizmet içi eğitimlerde kadına yönelik şiddet konusuna yer verilmesini ister misiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

EK-3: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (HEKYŞBTÖ)

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

	Belirtiler	Doğru	Yanlış
1	Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.		
2	Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
3	İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikayetleri vardır.		
4	Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.		
5	Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.		
6	Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
7	Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.		
8	Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.		
9	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.		
10	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.		
11	Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür.		
12	İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar.		
13	İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.		
14	İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.		
15	İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.		
16	İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.		
17	İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.		
18	Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.		
19	İstismar edilen kadınlar, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.		
20	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.		
21	Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar düşünülür.		

	Belirtiler	Doğru	Yanlış
22	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
23	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
24	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar.		
25	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.		
26	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.		
27	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.		
28	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.		
29	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.		
30	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.		
31	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
32	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.		

EK-4: Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.12.2022-E.211024



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-11811414-050.03-211024
Konu : Etik Kurul Karar Formu

27.12.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tunay KARLİDERE
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

Dağıtım:
Doç. Dr. Sevde AKSU
Furkan KAYNAK

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFKH3BTNS Fın Kodu :48862

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesiir-universitesi-ebys>

Adres: Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağrı Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon: 2666121400 Faks: 2666121412

Web: <http://www.balikesir.edu.tr>

Kep Adresi: balikesiruniversitesi@h01.kep.tr

Bilgi için: Volkan Koç

Unvanı: Memur

Tel No: 2666121400-101517





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
	KOORDİNATÖR/SORUMLU	Doç. Dr. Sevde AKSU
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
	ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	
	VARSA İDARİ SORUMLU	-
	UNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için)	-
	UNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Furkan KAYNAK Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/105	Tarih: 06/12/2022
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler; araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	KATILMADI
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yrd.		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Dr.Öğr.Üyesi	Emrah ÖZCAN	Üye		X	
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	KATILMADI

EK-5: Kurum İzni



T.C.
BALIKESİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-51829602-604.01.02-210821692
Konu : Furkan KAYNAK'ın Bilimsel Araştırması

07.03.2023

BALIKESİR ATATÜRK ŞH EĞİTİM BİRİMİNE

İlgi : 24.02.2023 tarihli ve E-30041352-799-210034998 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Furkan KAYNAK' ın " *Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde görev yapan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi* " konulu bireysel araştırma başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Talepleri İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.

Onaylanan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na riayet edilmesi, Maske-Mesafe, temizlik kurallarına dikkat edilmesi ve yapılacak çalışma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi, kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi ve ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Arif Kadri BALCI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Furkan KAYNAK.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: CC69292F-520C-4645-93DC-600375873902

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bahçelievler Mahallesi, 100. Yıl Caddesi 289. Sokak No: 4 10050 Altıyıl /

Bilgi için: Ceyda DURAN ALKAN

Balıkesir 10100

Hemşire

Telefon No: 02662459595

Telefon No: 02662459595

e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/)

Keş Adresi:



 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU		
Doküman Kodu:ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:21.01.2020 / 02
Sayfa No:1/1		
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN		
Adı Soyadı	Furkan KAYNAK	
Kurumu / Üniversitesi	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi / Balıkesir Üniversitesi	
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir	
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	
Araştırmanın Konusu	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde görev yapan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi	
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi	
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Üniversite / Kurum Talebi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Veri Toplama Araçları	*Prospektif *Tanıtıcı Bilgi Formu *Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Kurum izni alındıktan sonra 1 yıl	
Görüş İstenilen Birimler	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü – Nuray ÖZİŞİK	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR		
02.03.2023 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Furkan KAYNAK isimli araştırmacının " <i>Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde görev yapan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi</i> " konulu araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.		
Komisyon Kararı	<input checked="" type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çokluğu ile alınmıştır.	
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı: Gerekçesi:		

EK-6: Ölçek İzinleri



27 Ara 2022 Sal 19:35 ☆ 😊 ↩ ⋮

Bilimsel yayın etiği ilkeleri doğrultusunda Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek'i çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilekelerimle...





Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

