

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

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUM VE UYGULAMALARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK
VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN
Hem. Burçin BİÇİCİ GEZGİN**

İZMİR

2011

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

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUM VE UYGULAMALARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK
VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN
Hem. Burçin BİÇİCİ GEZGİN**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Aynur UYSAL**

İZMİR

2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Doç.Dr.Aynur UYSAL (Danışman)



Üye: Prof.Dr.Ayla Bayık TEMEL

Üye: Prof.Dr.Ümran SEVİL



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 18.03.2011

En büyük şansım oğlum, eşim
Ve aileme...

ÖNSÖZ

Tezimin konusunun seçilmesinden yürütülmesine kadar her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Aynur UYSAL'a,

Araştırma süresince desteğini gördüğüm Sayın Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL'e, araştırma görevlisi Özüm ERKİN ve Jülide Gülizar YILDIRIM'a, araştırmanın uzman görüşü aşamasında görüşlerini bildiren tüm uzmanlara, bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına,

Yaşantımın her döneminde bana güç veren annem Şirin BİÇİCİ, babam Nail BİÇİCİ, kardeşim Berna CURA, tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen eşim Doğan GEZGİN ve çalışmam boyunca moral kaynağım olan oğlum Ata GEZGİN'ne bana gösterdikleri anlayış ve olgunluk için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Burçin Biçici Gezgin

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi
GRAFİKLER DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	4
1.4. Araştırma Önemi	4
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Tanımlar	5
1.7. Genel Bilgiler	6
1.7.1. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı ve Tarihçesi	6
1.7.1.1. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı	6
1.7.1.2. Kadın Yönelik Şiddetin Tarihçesi	7
1.7.2. Kadına Yönelik Şiddet Epidemiyolojisi	8
1.7.3. Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Uluslar arası Gelişmeler	9
1.7.4. Kadına Yönelik Şiddet Tipleri	11
1.7.4.1. Duygusal Şiddet	11
1.7.4.2. Sözel Şiddet	12
1.7.4.3. Ekonomik Şiddet	12
1.7.4.4. Cinsel Şiddet	12
1.7.4.5. Fiziksel Şiddet	13
1.7.5. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi	13
1.7.5.1. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Fiziksel Etkileri	14
1.7.5.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadın Ruh Sağlığına Etkileri	14
1.7.5.3. Kadına Uygulanan Şiddetin Üreme Sağlığına Etkileri	14
1.7.5.4. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerinde Uzun Vadede Görülen Etkileri	15
1.7.6. Şiddetin Tanı ve Taraması	15
1.7.7. Şiddete Maruz Kalan Kadına İlişkin Yasal Düzenlemeler	18

1.7.8. Aile İçi Şiddet Kurumları.....	22
1.7.8.1. Sağlık Bakanlığı.....	22
1.7.8.2. İl Sağlık Müdürlüğü.....	25
1.7.8.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	26
1.7.8.4. Hastane Acil Servisleri.....	26
1.7.9. Şiddete Maruz Kalmış Kadınlara İletişim.....	31
1.7.10. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	32
1.7.11. Aile İçi Şiddetle Sağlık Çalışanlarının Müdahalesinin Önündeki Engeller.....	38
1.7.11.1. Mağdurdan Kaynaklı Engeller.....	38
1.7.11.2. Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Engeller.....	38

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	41
2.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman.....	41
2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	41
2.4. Veri Toplama Yöntemi.....	43
2.5. Veri Toplama Araçları.....	43
2.5.1. Sosyo-demografik Soru Formu.....	43
2.5.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusundaki Tutum ve Uygulamaları Ölçeği.....	44
2.6. Araştırmada Kullanılan Yöntem.....	45
2.6.1. Dil Uyarlaması.....	45
2.6.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenilirlik.....	45
2.6.2.1. Geçerlik Analizleri.....	45
2.6.2.2. Güvenilirlik Analizleri.....	46
2.7. Verilerin Analizi.....	46
2.8. Süre ve Olanaklar.....	46
2.9. Etik Açıklamalar.....	48

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Tanıtıcı Özellikler.....	49
3.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Eğitim Durumları ve Mesleki Yaşamlarındaki Deneyimleri.....	51

3.3. Ölçeğin Türk Toplumuna Uyarlanmasında Kullanılan Geçerlik ve Güvenilirlik Yöntemleri.....	55
3.3.1. Ölçeğin Dil Uyarlaması.....	56
3.3.2. Ölçeğin Psikometrik Analizleri.....	57
3.3.2.1. Ölçeğin Geçerlik Bulguları.....	57
3.3.2.2. Ölçeğin Güvenilirlik Bulguları.....	65

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	71
4.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetine Yönelik Eğitim Durumları ve Mesleki Deneyimlerinin İncelenmesi.....	71
4.3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasındaki Engeller ve Çözümlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi.....	73
4.4. Ölçeğin Psikometrik Analizlerinin İncelenmesi.....	74
4.4.1. Ölçeğin Geçerliliğinin İncelenmesi.....	74
4.4.2. Ölçek Güvenilirliği.....	76

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar.....	80
5.2. Öneriler.....	81

BÖLÜM VI

ÖZET.....	83
ABSTRACT.....	85

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	87
------------------------------------	-----------

EKLER

EK I. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği.....	97
EK II. Sosyodemografik Soru Formu.....	100
EK III. Ölçek İzin Yazısı.....	102
EK IV. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	103
EK V. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan Alınan İzin Belgesi.....	104
EK VI. Health Care Provider Survey Of Intimate Partner Violence Attitudes and Practice.....	105

ÖZGEÇMİŞ.....	109
---------------	-----

TABLolar DİZİNİ

1. Evreni Oluşturan İlçelerde Bulunan TSM, ASM ve AÇSAP Merkezlerinin Sayıları.....	41
2. Örnekleme Alınan İlçelerde Çalışan Hekim, Hemşire, ve Ebelerin Bölgelere Göre Dağılımları.....	42
3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları ve Cronbach's Alpha Değerleri.....	44
4. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	49
5. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yıllarına İlişkin Verilerin Dağılımı.....	50
6. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusundaki Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	51
7. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Vakasıyla Karşılaşma Deneyimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	52
8. Sağlık Çalışanlarının Şiddet Vakalarını Bildirim Durumlarının Dağılımı.....	52
9. Sağlık Çalışanlarının Yakınlarında Kadına Yönelik Şiddet Olayı Yaşama Durumu ve Mesleki Yaşamlarına Etkisine Yönelik Bulgular.....	53
10. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasındaki Engellere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	54
11. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasına İlişkin Öneriler Göre Dağılımı.....	55
12. Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGI) Değerleri.....	58
13. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğine İçin Yapılan Doğrulayıcı DFA Sonuçları.....	60
14. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	61
15. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Hakkında Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktörlerinin Madde Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler....	65
16. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları ve Cronbach's Alpha Değerleri.....	68
17. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları Arasındaki Korelasyon.....	69
18. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Test-Tekrar Test Ölçümlerinin Karşılaştırması.....	70

GRAFİKLER DİZİNİ

- 1- Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği.....**63**
- 2- Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin t Değerleri ile Birlikte Path Grafiği.....**64**
- 3- Ölçek Madde Puanlarının Histogramı.....**66**
- 4- Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Normal Dağılıma Uygunluğu.....**66**
- 5- Ölçek Puan Ortalamalarının Normalden Sapmalarını Gösteren Detrended Grafiği...**67**

ŞEKİLLER DİZİNİ

1- Araştırmanın Zamanlanması.....	47
-----------------------------------	----

BÖLÜM I

GİRİŞ

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Aile içinde kadına yönelik şiddet, neden olduğu akut morbidite, mortalite ve kadın sağlığında uzun süreli etkilerden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu uzun süreli etkiler arasında sıklıkla kronik ağrı, jinekolojik hastalıklar, depresyon, seksüel geçişli hastalıklar, post travmatik stres bozukluğu ve intiharlar yer almaktadır(8). Şiddet nedeniyle dünyada her yıl 1.6 milyon kişi hayatını kaybetmekte, bundan daha fazla kişi de yaralanmaktadır (94, 104). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların 1/3'ü ile 2/3'ünün eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır(46). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10 ülkede (Bangadeş, Etyopya, Japonya, Brazilya, Peru, Nambiya, Samoa Ada Grubu, Sırbistan-Karadağ, Tayland, Tanzanya) 24 bin kadın ile görüşülerek gerçekleştirilen araştırmaya göre, eşler tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %13-61, cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı %6-59, duygusal şiddetle karşılaşan kadınların oranı ise %20-75 aralığındadır (98). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 2-4 milyon kadın eşlerinden şiddet görmekte; bunlardan 2000-4000 arası kadınsa maruz kaldığı şiddete bağlı olan yaralanmalar sonucu hayatını kaybetmektedir. ABD'de yapılan yaygınlık çalışmalarında; kadınların yaşam boyu şiddete maruz kalma sıklığı %25-30 ve yıllık sıklığının ise %2-12 olduğu bulunmuştur (43, 63).

Ülkemizde kadına yönelik şiddet alanında yürütülen ilk kapsamlı niceliksel araştırma, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu tarafından 1997 yılında Türkiye'yi temsil eden 2578 hanede yürütülen ve "Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet" başlığıyla yayınlanan alan araştırmasıdır. Bu araştırma sonucuna göre evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların %25.2'si eşlerinden fiziksel şiddet gördüğünü belirtmişlerdir (78). Bu araştırma ne yazık ki belirli aralıklarla tekrarlanmamış ve geliştirilmemiş, en az 6-8 milyon kadının yaşadığı bu temel yaşam hakkı ihlali üzerine bilgi üretimi çok sınırlı kalmıştır. Türkiye'de ikinci kapsamlı çalışma, Altınay ve Arat tarafından (2008) yürütülen 27 ilden şiddetle mücadele eden yaklaşık 50 kadın örgütü, belediye merkezi ve baroların kadın komisyonlarından 150'ye yakın kadınla

yapılan görüşmelere dayalı niteliksel ayağı da bulunan, Türkiye'nin 56 ilinden 1800 evli kadınla yaptıkları “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet” alan araştırmasıdır. Bu araştırmadan çıkan çarpıcı bir sonuç da, eşlerinden en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyen kadın oranının %49 olmasıdır. Başka bir deyişle Türkiye’de her iki kadından biri eşinden fiziksel şiddet görmektedir (11).

Aile içi şiddette tekrarlı ve şiddeti giderek artan bir saldırı vardır, daha çok kadına yöneliktir. Tüm kadınların 1/3’üne belli bir zamanda eşleri tarafından şiddet uygulanmaktadır(86). Türkiye Nüfus Araştırması (TNSA)’na göre; 2003 yılında şiddet gören kadınların oranı %39 iken, 2008 yılında bu oran %25’e düşmüştür. İki bin sekiz yılında çalışmaya katılan kadınların %25’inin kadının parayı lüzumsuz yere harcaması, çocuklarının bakımını ihmal etmesi, gibi durumlardan en az birinin gerçekleşmesinin, kocasının karısını dövmesi için haklı gerekçe oluşturacağını belirtmişlerdir (90). Şiddete maruz kalan kadınların %78’i bu durum karşısında hiç bir şey yapmayıp, sabrettiklerini belirtmişlerdir (27). Kamu Araştırmaları Grubu (KAMAG) tarafından 23 ilde 2007 kişiye yapılan çalışmada; görüşülenlerin %64’ü erkeklerin eşlerini dövmesini doğru bulmuştur. Kadınların da %35’i dayak yemeyi hak eden davranışlarda bulduklarını ifade etmiştir (78). İçli ve Öğün’ün 2000 yılında adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüsten hükümlü 273 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise; bu kadınların %51.5’lik bir bölümünün kendilerine yönelik kötü davranışı ya da fiziksel şiddeti hak ettiklerine inandığı ve bu konuda kendilerini suçladıkları belirlenmiştir (48). Kabul gören şiddet meşru sayılabilmekte, sorun olarak görülmemekte ya da çoğu kez sorunu çözmenin bir aracı olarak kabul görmektedir. Bu geleneksel rol örüntüsü, şiddetin giderek yaygınlaşmasına ve içselleştirilmesine neden olduğu gibi, şiddete maruz kalan bireylerin yardım almalarını da güçleştirmektedir (27).

Aile dışında gerçekleşen şiddet için toplum sorumlu tutulurken, bu kurum içinde oluşan şiddet gizli kalmakta, özel hayat olarak kabul edilmekte, çoğu kez de olağan ve kabul edilebilir olarak karşılanmaktadır (21, 86, 95). Şiddet evin dört duvarı arasında gizli gizli yaşandığından, toplumun değer yargısında “aile problemidir, karışılmaz” gözüyle bakılmaktadır (21). Bu olayları önleyici yasal yaptırımların yetersiz oluşundan, şiddete ve kötüye kullanımına uğrayan kişilerin, utanma, korkma ve benzeri duygusal zorlanmalar nedeniyle bildirimde bulunmamalarından ve gerçekleri görmezden gelmelerinden ve kurbanlarla ilk karşılaşan sağlık çalışanlarının belirti ve bulguları iyi tanıyamamalarından dolayı, bu olaylar yeterince bilinmemektedir (21, 86).

Kadına yönelik şiddet, birey ve toplum için ciddi sağlık ve sosyal problemler yaratan bir sorundur. Şiddet mağduru kadınlar yaşadıkları sıkıntılar nedeni ile toplumdan izole bir yaşam sürerler. Destek alma ihtiyacı hissettiklerinde ilk başvurdukları kişiler sağlık personeli olur. Bu nedenle sağlık çalışanları şiddet mağduru kadınları iyi tanımalıdırlar (102). Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli sorun olma nedenleri arasında; kadın nüfusunun önemli bir bölümü için şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratması, şiddetin birçok önemli sağlık sorununa doğrudan olumsuz etkisi olması (güvenli annelik, aile planlanması, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi), sağlık çalışanlarının, şiddete uğramış birçok kadın için tek ilişki kurdukları, onlara destek ve bilgi verebilecek konumda olması yer almaktadır (89). Cann ve arkadaşları (2001) yürüttükleri çalışmalarında şiddetin, birinci basamak sağlık kurumlarındaki çalışanlar tarafından tanımlanması ve müdahale edilmesi ile %75 'e kadar azaltılabileceğini saptamışlardır (23). Ancak kadınlara karşı şiddet, sağlık çalışanları tarafından az oranda göz önünde tutulmakta ve kadınların sağlık kuruluşlarına ziyaretleri sırasında şiddetle ilgili sorular pek sorulmamaktadır (50). Nancy ve arkadaşlarının (1999) nitel çalışmasında aile içi şiddetin yönetimi ve tanılmasındaki birkaç engel betimlenmiştir. Bunlar, birinci basamakta görev yapan hekimlerin uygulamadan anlamadıkları, yönetim ve tanılama becerisinde güvensizlik, saldırı korkusu ve zamansızlıktır (67). Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının bu konuda isteksiz oldukları, bazı çalışmalarda da şiddete uğrayan kadınların yardım almada tereddüt içinde oldukları belirtilmiştir (31, 102).

Sağlık sistemi eş şiddeti kurbanları ile olan ilişkilerde hayati öneme sahip olmakla birlikte sağlık bakım kurumlarında eş şiddeti kurbanlarına yardım etmede birçok engeller bulunmaktadır. Bu engeller arasında sağlık bakım çalışanlarının eğitimsizliği ve zaman sınırlılığı ilk sırada yer almaktadır. Diğer taraftan personel tutumlarını etkileyebilecek eş şiddetindeki suç işleyen ya da kurbanların kültürel standartlarının ve buna bağlı önyargıların anlatılmasıdır. Ayrıca bazı sağlık çalışanları eş şiddetini özel aile sorunu olarak görebilmekte ve sağlık sorunu olmadığını düşünebilmektedir. Bazı sağlık çalışanları ise bu konuda ümitsizliğe kapılmakta ve bu sorunu çözümsüz görebilmektedir (8, 66).

Son yıllarda ailede eş istismarının boyutları araştırmacılar tarafından ortaya koymaya çalışılmakla birlikte, şiddet gören kadına hizmet veren uygulayıcıların ve meslek uzmanlarının (sosyal çalışmacı, polis, doktor, hemşire gibi) eş istismarına yönelik tutumları ve bu sorunla nasıl başettikleri konusundaki çalışmalar oldukça sınırlı kalmaktadır (33). Tutumların temeli toplumsal olarak kurulsun da insanların inandığı şey doğrultusunda davrandığı bilinmektedir. Bu gerçeğe, şiddet mağdurunun yardım talebiyle başvurduğu meslek grubu üyelerinin eş istismarına uğramış kadına yönelik tutumlarının incelenmesi bu

kadınlarla çalışma şekillerini etkileyen faktörlerin ortaya konulması açısından önem taşımaktadır (33).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Gutmanis ve arkadaşları (2007) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının aile içinde kadına yönelik şiddet hakkındaki tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilen “Health Care Provider Survey Of Intimate Partner Violence Attitudes and Practices” (Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları) ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Hipotezler

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H1: “Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları” ölçeği geçerli bir ölçüm aracıdır.

H2: “Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları” ölçeği güvenilir bir ölçüm aracıdır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Kadına yönelik şiddet yaygınlığı ve sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakkı ihlalidir. Dünyada her üç kadından biri şiddete, her beş kadından biri yaşamlarını paylaştıkları erkekler tarafından fiziksel ve/ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (14).

Türkiye’de aile içinde yaşanan sorunlar mahrem kabul edildiğinden en yakın kişilere bile zor anlatılmaktadır. Şiddete maruz kalan kadın uğradığı şiddeti başkalarına anlatmaktan çekinmekte, durumun başkaları tarafından bilinmesini istememektedir. Şiddetin açığa vurulması halinde de genellikle şiddet mağduruna yardım etmek yerine, “kol kırılır, yen içinde kalır” anlayışıyla aile birliğinin devam etmesi adına sessiz kalması tavsiye edilmektedir ya da kadın suçlanmaktadır (97). Şiddetin oluşmadan engellenmesi toplum sağlığı yönünden öncelik verilmesi gereken en önemli bölümdür. Birlikte olan iki kişi arasındaki şiddetin nedenleri oldukça karmaşıktır. Ancak aile içi şiddetin önlenmesi, toplumların böyle bir sorunun varlığının farkında olması ile başlar (21).

Kadına yönelik şiddet hareketlerinin zemininde yatan “cinsiyet ayrımcılığı” sağlık hizmetlerinden yararlanmayı da etkilediğinden sağlık kavramı içinde incelenmesi gereken bir konudur. Uzun yıllar şiddetin sosyal bir konu olduğuna bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiğine inanılmıştır. Oysa şiddete maruz kalan kadınların en kolay

ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, dertlerini en iyi anlatacakları kişiler sağlık çalışanlarıdır (46).

Şiddet mağdurlarına tıbbi bakım, destek ve danışmanlık sunmada sağlık çalışanlarının anahtar konumda olması beklenmektedir. Hemşirelerin savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rollerinin gereği, kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesi gerektiğinde rehabilitasyonu sağlama işlevleri vardır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının çoğu, şiddete uğramış kadının tanınması, gereksinimlerinin belirlenmesi ve görüşmenin sorumluluğunu üstlenmede yeterli eğitime sahip değildir (27, 100). Uluslar arası Hemşireler Konseyi(International Council of Nurses=ICN)'ne göre hemşirelerin şiddet sorununa karşı gerek vaziyet alışları gerekse kurumsal politikalardan dolayı sorumluluklarını yeterince getirdikleri söylenemez (46). Eş şiddetinin halk sağlığındaki önemine rağmen, birçok hekim şiddetin formlarından, eş şiddetine uğrayanlardan ve risk faktörlerinden haberdar değildir (67).

Türkiye’de hekimlerin ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet konusuna/olgusuna tutumlarını inceleyen birçok tanımlayıcı tipte çalışma yapılmıştır (17, 25, 86, 89). Ancak bu tutumlar standart bir ölçüm aracı ile ölçülmemiştir. Bu çalışma ülkemize tutumları ölçmek üzere bir ölçüm aracı kazandıracaktır.

Bu özden hareketle, Gutmanis ve arkadaşları (2007) tarafından sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik geliştirilen bu ölçeğin, Türk toplumuna uyarlanması ile literatüre konu ile ilgili standart bir ölçüm aracı kazandırılacaktır. Standart bir form ile araştırma sonuçlarının uluslar arası karşılaştırma kolaylığı sağlanacaktır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırma İzmir’in tüm ilçelerindeki birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)’ ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) birimlerinde çalışan hekim, hemşireler ve ebelere uygulanmak istenmesine karşın, zaman, ulaşım ve maddi yetersizlikler sebebiyle araştırma kapsamına İzmir merkez ilçelerinde bulunan kurumlar alınmıştır.

1.6. Tanımlar

Kadına Yönelik Şiddet: İster kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem uygulama ya da bu tür eylemlere tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakmadır (71).

Kadına Yönelik Eş Şiddeti: Erkek tarafından birlikte yaşadığı kadına uygulanan, cinsiyet temelli bir kavramdır (55).

1.7. Genel Bilgiler

1.7.1. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı ve Tarihçesi

1.7.1.1. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı

Kadına yönelik şiddet, kadının fiziksel, cinsel, psikolojik ya da ekonomik olarak zarar görmesine, acı çekmesine yol açan ya da yol açabilecek olan her türlü baskı ve sıkıntı verici eylem ya da eylem tehdididir (47).

Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi kadınlara yönelik şiddeti; “ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” şeklinde tanımlamaktadır (72).

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

- Dayak dâhil aile içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet evdeki kız çocuklarının cinsel istismarı, çeyizle bağlantılı şiddet, evlilikte tecavüz, kadının cinsel organına zarar verme ve diğer geleneksel uygulamalar, nikâh dışı şiddet ve istismarla bağlantılı şiddet;
- Tecavüz, cinsel taciz, işyerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde sarkıntılık ve cinsel zorlama dâhil toplum içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadınların alınıp satılması ve fahişeliğe zorlanması;
- Nerede olursa olsun, devletin yürüttüğü ve göz yumduğu fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet.
- Kadınlara yönelik şiddetin diğer türleri arasında, silahlı çatışma durumlarında kadınların insan haklarının ihlal edilmesi, özellikle cinayet, sistematik tecavüz, cinsel kölelik ve gebeliğe zorlama vardır.
- Kadınlara yönelik şiddet hareketleri, aynı zamanda zorla kısırlaştırma ve düşüğe zorlama, kontraseptiflerin zorla/baskıyla uygulanması kız bebeklerin öldürülmesi ve doğum öncesi cinsiyet seçimini de kapsamaktadır (79).

1.7.1.2. Kadına Yönelik Şiddetin Tarihçesi

Şiddet olgusunun ortaya çıkışı, insanlık tarihi ile paraleldir. Arkeolojik çalışmalar, kadınların fiziksel şiddet yaklaşımlarının kökenini 3000 yıl öncesine kadar götürmektedir. Erkek mumyalarının kemiklerinde %9-20 kırığa rastlanırken, kadın mumyalarında bu oranın %30-50 olduğunu bildirmektedir. Bu kırıklar savaştan çok bireysel şiddete bağlı olduğu düşünülen kafa kırıklarıdır (103). Eski Roma yazıtlarında erkekler kendisinden izinsiz oyunlara katıldıkları, zina yaptıkları için eşlerini cezalandırmak, boşamak ve öldürmek hakkına sahip oldukları yazılmaktadır (16). Orta çağda ise erkeğin kadına karşı zor kullanmasında bir sınır olmadığı belirtilmektedir.

Kadına yönelik şiddete ilişkin yasal ve tıbbi çalışmalar ise 1800'lü yıllara dayanmaktadır. Kadına yönelik şiddeti suç sayan ilk yasa Maryland'de 1883'de yapmıştır (103).

Günümüzün farklı sosyo-kültürel yapısı içinde, kadına yönelik şiddet 21. yüzyılda bile kırılması en güç tabulardan biri olarak görülmektedir. Şiddet 1970'lerden bu yana Amerika ve Kuzey Avrupa ülkelerinden başlayarak dünyanın birçok ülkesinde kadın hareketlerinin başlıca konularından biri olmuştur (56).

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin tartışılması, aslında tıp dışı alanlarda da oldukça yenidir. Yaklaşık yirmi yıl önce feminizmle birlikte gündeme gelmiştir. Yüzyıllardır yaşanan bu sorunu kendi adıyla ananlar, açıkça "Dayağa Hayır" diyenler 80'lerin ilk feminist kadınları olmuştur. Şiddet o yılların en çok tartışılan konusuydu. Yine bu yıllarda kadın örgütleri ilk sığınma evlerini açmıştır. Doksanlı yıllarla birlikte kadına yönelik şiddet hem daha fazla akademik araştırmanın konusu olmaya ve hem de devlet gündemine girmeye başlamıştır.

Dünya Kadın Konferansına (1995) sunulan Türkiye raporunda şiddet kadın yaşamına dair on iki stratejik alandan dördüncüsü olarak anılmıştır. Ailenin Korunmasına Dair Kanun'la (1998), aile içi şiddet konusunda, devlet olaya müdahil olmaya ve şiddeti uygulayan eş yaptırım uygulamaya başlamıştır. İkibinli yıllara gelince, günümüzde 80'li yılların gönüllü çabalarla kurulan kadın sığınaklarının hepsi kapatılmıştır (32).

Türkiye'de de yüzyıllar boyunca, erkeğin eşini ya da kızını dövmesi, erkeğin hakkı ve hatta "görevi" olarak kabul edilmiş, "kızını dövmeyen dizini döver" yaklaşımı ile adeta desteklenmiştir (97).

1.7.2. Kadına Yönelik Şiddet Epidemiyolojisi

Kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik gelişmişlik ve öğrenim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve kültürlerde son derece yaygın görülen bir olaydır (99). Dünya İzleme Enstitüsü- Sağlık ve Toplumsal Cinsiyet Eşitlik Merkezi (Worldwatch Institute-Health and Gender Equity Center)'ın 2002 yılı araştırmasına göre, 50 ülkede kadınların dayak yeme oranlarına göre dünyada; Türkiye %58, Bangladesh %47, Etiyopya %45, Hindistan %40 ve Mısır %34 ile sıralanmaktadır (20, 93, 99). İki bin yılındaki dünya kadınları hakkında Birleşmiş Milletler'in çalışmasına göre ABD'de her 15 saniyede bir kadın, genellikle kocası/eşi tarafından dövülmektedir. ABD'nde 2000 yılında Adalet Bakanlığı verilerine göre her 90 saniyede bir kadın tecavüze uğramaktadır (100).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı raporuna göre; kadınların yaklaşık %47'si ilk cinsel ilişkilerinin zorla olduğunu, kadın cinayet kurbanlarının yaklaşık %70'i erkek partnerleri tarafından öldürüldüğü belirtilmiştir (100). DSÖ'nün 2005 yılındaki "Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu"na göre de; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %6-59 arasında saptanmış ve kadınların eşleri tarafından "yumruklanma", "tekmelenme", "yerde sürüklenme", "silahla tehdit edilme" gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı %4-49 arasında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı ise %6-59 oranında olduğu belirlenmiştir (101).

Dünya'da 1970'lerden itibaren önem kazanan şiddet sorunu, ülkemizde 1980'lerin ortalarından itibaren tartışılmaya başlanmıştır. On yedi Mayıs 1987'deki "Dayağa Hayır" yürüyüşü kadınların şiddete karşı ilk toplu tepkileri olmuştur. Kadın hareketleri bu yıldan sonra hız kazanmıştır (105). T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1994'te beş bölgede 4287 (3112'si kadın) hanede yapmış olduğu çalışmada ise, kadınların %52.47'sinin sözlü şiddete maruz kaldığı, %29.59'unun ise dayak yediği, erkeklerin %34.04'ünün de eşlerini dövdüklerini ifade ettikleri saptanmıştır (79). Aile Araştırma Kurumu'nun 18 ilde 6480 kişiyle görüşülerek yaptığı başka bir çalışmada ise; kadınların %71.9'unun "az", %25.9'unun "fazla" düzeyde şiddetle ilişkileri bulunmuştur (78). Kadın Danışma Merkezi'nin 9 merkezde yaptığı çalışmada ise; kadınların %50'sinin sözel, %47.9'unun fiziksel, %18.5'inin cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (18). Cinsiyeti nedeniyle toplumun kadına biçtiği rol ve beklentiler, sonuçta kadınların insan hakları kapsamındaki birçok haklarını elde edememesine ve kullanamamasına yol açmaktadır. Kadına yönelik şiddete ilişkin çalışmalarda şiddet görme sıklığı, şiddet türleri yanı sıra diğer bir konu da çeşitli değişkenlerle şiddet arasındaki ilişkidir. Arat ve Altınay (2008), yaptıkları çalışmada

Türkiye’de her üç kadından birinin fiziksel şiddet yaşadığı ve kadının daha çok para kazanmasının dayak riskini iki kat arttırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların öğrenim düzeylerinin artmasıyla fiziksel şiddet görme oranının düştüğü, okuma-yazma bilmeyen kadınların en az bir defa dayak yiyenlerin oranı %43, yüksek öğrenim görmüş kadınlarda ise bu oran %12 olduğu saptanmıştır (11).

Cinsiyeti nedeniyle toplumun kadına biçtiği rol ve beklentiler sonuçta kadınların insan hakları kapsamındaki birçok haklarını elde edememesine ve kullanamamasına yol açmaktadır. Bu durum toplumlarda kadın sağlığı açısından da kısır döngü oluşturmaktadır (55).

1.7.3. Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Uluslararası Gelişmeler

Kadın hakları konusunda uluslararası ortak bir dil geliştirmek amacı ile Birleşmiş Milletler tarafından 1970’li yıllarda Dünya Kadın Konferansları düzenlenmeye başlanmıştır. Bu konferansların kısa tarihçeleri aşağıda açıklanmıştır (60, 61).

- **Birleşmiş Milletler Birinci Dünya Kadın Konferansı:** Meksika’da 1975 yılında düzenlenmiş ve bu konferans sonrasında 1975-1985 yılları arası kadının 10 yılı olarak ilan edilmiştir. Eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşmayı amaçlayan kadının on yılının ana teması istihdam, sağlık ve eğitim olarak belirlenmiştir. Böylece kadına yönelik şiddet konusunda uluslar arası norm ve standartlar belirlenmiş, raporlar hazırlanmıştır (80).
- **Birleşmiş Milletler İkinci Dünya Kadın Konferansı:** Kopenhag’da, on yıllık dönemin ilk yarısını değerlendirmek amacı ile toplanmış ve kadınların durumunu iyileştirmek için alınacak önlemleri belirleyecek hareket planı kabul edilmiştir. Aile içinde kadına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin kabul edilen ilke kararında, şiddet daha çok sağlık konusu olarak ele alınmış, kadınların ve çocukların şiddetten korunması için programların geliştirilmesi konusunda çağrı yapılmıştır (80).
- **Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansı:** Nairobi’de Türkiye dahil 157 ülkenin katılımı ile 1985 yılında gerçekleşmiştir. Bu konferansta kadınların ekonomik sosyal yaşam programlarının dışında bırakıldıkları ve sonuçta gelişme sürecinin yararlarından daha az pay aldıkları vurgulanmıştır. Konferans sonunda 2000’li yıllara yaklaşırken kadınların ilerlemesi için Nairobi ileriye dönük temel stratejileri kabul edilmiştir. Bu stratejiler yasal, sosyal ve siyasal katılımda eşitlik olarak üç temel alanda geliştirilmiş ve kadınların bu alanlara eşit katılımının

sağlanması ile topluma daha fazla katkı sağlayacakları kabul edilmiştir. Bu dönemde kadına yönelik şiddet, Kadın On Yılı'nın amaçlarının gerçekleşmesinin önündeki en büyük engel olarak tarif edilmiş ve bu konu ile Birleşmiş Milletler'in gündeminde olan eşitlik, kalkınma ve barış gibi diğer konular arasında bağlantı kurulmaya başlanmıştır (80).

- **Birleşmiş Milletler Dördüncü Kadın Konferansı:** Pekin'de 189 ülke temsilcisinin katılımı ile 1995 yılında toplanmıştır. Pekin Deklerasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir. Pekin Deklerasyonunda kadının güçlendirilmesinde “Toplumsal cinsiyet ve gelişme yaklaşımı” benimsenmiştir (5). Eylem Planında ise, kadının güçlendirilmesine yönelik hedefler tanımlanmıştır. 12 kritik alanla ilgili bu hedefler: kadın ve yoksulluk, kadınların eğitimi ve öğretimi, kadın ve sağlık, kadına yönelik şiddet, kadın ve silahlı çatışma, kadın ve ekonomi, karar alma sürecinde kadın, kadının insan hakkı, kadın ve medya, kadın ve çevre ve kız çocuk'tur.
- **Pekin +5 Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Özel Oturumu, “Kadın 2000: 21. Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış”:** Newyork'da yapılan bu toplantı, geçen beş yıl içinde hangi amaçlara ulaşılabildiği, ülkelerin hangi gelişmeleri gösterdiği ve hangi sorunların devam ettiğinin ülke raporlarından değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiş ve toplantı sonunda bir siyasi deklarasyon ile sonuç belgesi ortaya çıkmıştır. Siyasi deklarasyonda; toplumsal cinsiyet eşitliği, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşmada CEDAW (Convention on Elimination of all Forms of Discrimination Against Women) sözleşmesinin tartışılmaz önemi, sivil toplum kuruluşlarının vazgeçilmez rolü, erkeğin katkısının gerekliliği ve toplumsal cinsiyet bakış açısının temel politika ve programlara yerleştirilmesinin önemi vurgulanırken toplumsal cinsiyet eşitliğinin ancak toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının ana plan ve politikalara yerleştirilmesi ile mümkün olacağını altı çizilmiştir. Sonuç belgesinde; Pekin Deklerasyonu ve 12 kritik alanla ilgili Eylem Planının tam olarak ve hızlı bir şekilde hayata geçirilmesini sağlayacak eylem girişim belgeleri yer almıştır (60, 61, 85). Konferansta, kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin, ister kamusal alanda ister özel yaşamda vuku bulsun bir insan hakları meselesi olduğu ve bunun önlenmesinde devletlerin sorumluluğu bulunduğu vurgulanmıştır (80).

1.7.4. Kadına Yönelik Şiddet Tipleri

Gündelik yaşamda şiddet denilince akla ilk gelen “fiziksel şiddet”tir. Oysa özellikle kadınlara uygulanan şiddet, sanıldığıının aksine sadece tokat, tekme, yumruk gibi fiziksel şiddet türleriyle sınırlı kalmamaktadır. Şiddet pek çok biçimde ortaya çıkabilir; duygusal, sözlü, sosyal, ekonomik, cinsel ve fiziksel şiddet gibi. Fiziksel olmayan şiddet belirli bir sürecin sonunda genellikle fiziksel şiddete yol açmaktadır. Aile içi şiddet yineleyen bir süreçtir ve ilişki devam ettikçe tırmanış gösterir (94).

Tahminlere göre kadınların %20-30’u yaşamlarının herhangi bir döneminde eşi/partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete uğramaktadır (62). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların yarısından fazlasının eşi/partneri tarafından fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir. Bu oran Hindistan’da %45, Filipinler’de %47,2 ve Kenya’da %52’dir (45). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise, kadınların %26-58’inin fiziksel şiddete (dövülme, küçümsenme, istismar, tecavüz) maruz kaldığı bulunmuştur (58, 82).

Türkiye’de ilkökul mezunu kadınların %55,3’ü fiziksel, %51,7’si duygusal, %57’si ekonomik ve %51,4’ü cinsel şiddete maruz kalmaktadır (84). Kadınların ifadesine göre şiddet türlerini araştıran bir çalışmada %96,3’ü dayak atma, %57,4’ü aşağılayıcı sözler söyleme, %50’si parasının elinden alınması, %39,5’i çalışmasının yasaklanması, %39,5’i harçlık vermemek ya da kısıtlamak, %35’i aile geliri konusunda bilgisiz bırakmak, %70,4’ü istemediği cinsel davranışa zorlanmayı ve %64,2’si sık sık kıskançlık nedeniyle kavga çıkarılmasını şiddet olarak tanımlamışlardır (38).

1.7.4.1. Duygusal Şiddet: Duyguların ve duygusal ihtiyaçların şiddet tanımında sayılan amaçlarla, karşı tarafa uygulanabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (94, 55). Örneğin kadını önemli bir gününde (diploma töreni, ödül töreni, iş yemeği, doğum günü) her seferinde yalnız bırakma, istediği yapılmadığında günlerce surat asma gibi (69).

Duygusal şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar;

- Sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçların gözardı edilmesi, küçümsenmesi, inkar edilmesi
- Kadının dinine, ırkına, diline, kültürel grubuna veya geçmişine ait değer verdiği inançlarının aşağılanması veya onlara aykırı davranmaya zorlanması

- Düzenli bir şekilde evden kovmak veya evden ayrılmakla tehdit etmek
- Sık sık kadının kendisine veya sevdiklerine zarar vermekle tehdit etmek,
- Cezalandırma yöntemi olarak çocukları kullanmak
- Yalan, bağırma, eşyaları kırıp dökme, tehdit veya bakışlarla sinirlendirmeye çalışmak
- Düzenli olarak başkalarının yanında küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunmak (94, 55).

1.7.4.2. Sözel Şiddet: Söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sinirlendirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Belirli aralıklarla çok ağır hareket ve sözler söylemek, kadını küçük düşürücü adlar takmak ve sık sık olumsuz bir şekilde eleştirmek, alay etmek sözel şiddet davranışları arasındadır (94). Bunlar genelde kişinin değer verdiği konulardır. Güven sarsmak ve kadını yaralamak amacıyla bazen sakın tekrarlanır. “Çok kötü annesin”, “çok pis kokuyorsun” gibi sözler söylemek sözel şiddete girmektedir (69).

1.7.4.3. Ekonomik Şiddet: Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır (94). Kadının çalışmasına izin vermemek veya kısıtlamak, çalışan kadının elinden parasını almak, ailenin geliri konusunda kadına bilgi vermemek gibi davranışlardır (69). Ekonomik şiddet gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin toplumsal ve ekonomik kalkınmalarına neden olmaktadır (59).

1.7.4.4. Cinsel Şiddet: Cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Aile üyeleri arasında cinsel ilişki anlamına gelen ensest ve evlilik içi tecavüz, cinsel şiddetin çok ağır ve yaşanan iki türüdür (69, 94).

Cinsel şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar;

- Kadına cinsel bir eşyaymış gibi davranmak
- Aşırı kıskançlık ve şüphencilik
- Kadının cinsel isteklerini, ihtiyaçlarını hiç önemsememe, dikkate almama veya alay etme
- Cinselliği cezalandırma yöntemi olarak kullanmak

- Açıkça başka kadınlara ilgi göstermek
- Kaba kuvvet kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüz etmek
- İstenmeyen cinsel pozisyonlara zorlama
- Fuhuşa zorlama
- Özellikle cinsel bölgelere aletle işkence etmek gibi sadist davranışlarda bulunmak (69, 94).

1.7.4.5. Fiziksel Şiddet: Kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır.

Fiziksel şiddet davranışları;

- İtmek, tokat atmak
- Isırmak, boğmaya çalışmak
- Tekmelemek, yumruklamak
- Eşya fırlatmak
- Fiziksel kuvvet kullanarak evden çıkmasına veya eve girmesine engel olmak
- Hasta, yaralı veya hamileyken gerekli yardımı esirgemek (69, 94).

1.7.5.Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi

Şiddet yakın veya uzun vadede birçok ciddi sağlık problemlerinin gelişmesinde etkilidir. Fiziksel sağlık problemleri, yaralanmalar, kronik ağrı sendromları, Gastrointestinal sistem düzensizlikler ve depresyon, anksiyeteyi içeren mental sağlık problemlerini içermektedir. Şiddet yine olumsuz sağlık davranışlarının (alkol, sigara, madde istismarı, vb.) gelişmesinde de sağlığı etkilemektedir (75). Ölüm, sakatlık psikosomatik hastalıklar, geçici fiziksel izler, depresyon ve kaygılı olma hali, özgüven kaybı (suçluluk duygusu-kendine olan saygının kaybı), intihar girişiminde artış, madde kullanımı şiddete uğrayan kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (59).

1.7.5.1. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Fiziksel Etkileri

Şiddete maruz kalma sonucunda fiziksel yaralanmalar, incinmeler, hematomlar, diş kırıkları, kronik ağrı, kırık, bıçak izleri, iç organlarda yaralanmalar, beyin hasarı (konsantrasyon güçlüğü, bilinç kaybı gibi), görme ve işitme kaybı ortaya çıkabilir. Kadına yönelik fiziksel şiddet sonucu oluşan yaralanmalarla birlikte; irritabl barsak sendromu, Gastrointestinal sistem düzensizlikleri, yemek alışkanlıklarında düzensizlikler, kronik pelvik ağrı sendromu gibi birçok fiziksel rahatsızlıklara sebep olabilir. Çalışmalar bu tip rahatsızlıklara sahip olanlar ile geçmişinde fiziksel veya cinsel şiddeti yaşayanlar arasında bir bağ olduğunu göstermektedir. Yine şiddete uğrayan kadınlarda fiziksel fonksiyonlarda azalma görülmektedir (75).

1.7.5.2. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadın Ruh Sağlığına Etkileri

Şiddet, kadınların öz benliğine zarar vermekte ve kadınları depresyon, post travmatik stres, intihar, alkol ve madde istismarını içeren çeşitli mental sağlık problemleri riski ile karşı karşıya getirmektedir. Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, cinsel taciz, cinsiyet ayrımı, istenmeyen gebelik gibi konular kadının ruhsal durumunu etkilemektedir. Cinsel şiddetin kurbanı olan kadınlarda depresyon, anksiyete, somatik şikayetler, obsesif kompulsif bozukluk ve paranoid bozuklukla ilgili belirtiler daha fazla görülmektedir (75). Aile içi şiddete maruz kalan kadınların psikolojik bozukluklar geliştirme açısından daha büyük tehlike altında oldukları bilinmektedir. Aile içi şiddete uğrayan kadınların ilk şok ve inkar dönemini atlattıktan sonra, şiddete şiddet ile karşılık verme ve daha sonra da depresyon ve kendini suçlama tutumu takındıkları gözlenmektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır (99). Psikiyatri polikliniğine başvuran veya klinikte izlenen kadın hastalarda yapılan çalışmalarda da aile içi şiddetin psikiyatrik hasta grubunda önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (96).

1.7.5.3. Kadına Uygulanan Şiddetin Üreme Sağlığına Etkileri

Şiddete maruz kalan kadınlarda riskli gebelik oranı yükselmekte, jinekolojik problemler artmakta, adölesan gebeliklere, cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olmakta ve kadınlar şiddet yüzünden yaşamlarını kaybetmektedirler (75). Bu kadınların çok büyük bir bölümü açıklanamayan kronik pelvik ağrı, dispareni, vajinismus, anorgazmi ve dispeptik yakınmaları olan yaygın anksiyete bozukluğu gösteren kadınlardır (51). Kadına yönelik şiddetin bir diğer

etkisi ise erken yaşta gebe kalmadır. Bunun sonucunda ise bebek ölümleri beş kat daha fazla görülmekle birlikte yasa dışı düşüklere de rastlanmaktadır (76).

1.7.5.4. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerinde Uzun Vadede Görülen Etkileri

Şiddet, kadınların verimliliğini de azaltmaktadır. Kadınlara karşı şiddet, kadınların gelişen projelere katılmasını engellemekte ve sosyal, ekonomik gelişime katılımlarını azaltmaktadır. Aile içi şiddetin çok önemli bireysel sonuçlarının yanında polis, hastane, kadın sığınma evleri, mahkemeler gibi mağdur kadının yardım alabileceği kuruluşlara başvurudan dolayı topluma sosyal ve ekonomik açıdan da zararları bulunmaktadır (75).

Bugün Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarına göre, kadına yönelik şiddet, “öncelikli bir sağlık sorunudur”. Yaygın görülmesi sakatlık ve ölümlere yol açması açısından da önemli bir halk sağlığı sorunu yapar ki bu da hükümetlerin ve sağlık otoritesinin sorunu bir sağlık problemi olarak tanımlamasını ve acil önlemler almasını gerektirir. Ne yazık ki ülkemizde şiddetin sağlık boyutu uzun süre ihmal edilmiş, yalnızca sosyal bir sorun olarak algılanmış, bu da şiddeti önlemek yönünde alınacak önlemleri geciktirmiştir. Şiddetin aynı zamanda sağlık sorunu olarak algılanması onun tanınmasına, ortaya çıkarılmasına ve önlenmesine katkı sağlayacaktır. Şiddete maruz kalmış kadını adli bir olgu olarak kabul etmek önemli, ancak eksiktir (22).

1.7.6. Şiddetin Tanı ve Taraması

Dünya’da çeşitli ülkelerde ve etnik gruplarda yapılan çalışmalara göre kadına yönelik şiddetin birçok ülkede bulunduğu gösterilmiştir. Ancak dünyanın bazı bölgelerinde kadına yönelik şiddet yaşanmamaktadır. Böyle bir ortamın varlığı kadına yönelik şiddetin önlenemez bir durum olduğu yönündeki düşüncüyü çürütmektedir (59).

Çoğu kadın doktora istismar yaraları nedeniyle başvurmaz. Aşağıdakiler eş istismarının belirti ve işaretleri olarak düşünülür:

- Müphem somatik şikayetler (baş ağrısı, uykusuzluk, hiperventilasyon, mide barsak sorunları, göğüs, sırt ve pelvis ağrıları vb.).
- Depresyon, endişe

- Kafa, boyun, göğüs, meme ve karın yaralanmaları (özellikle hamilelik sırasında meme ve karın hasarları)
- Berenme, yaralanma, kırıklar, burkulma ve yanmalar
- Görünümle uyumsuz öykü
- Farklı iyileşme derecelerinde yaralanma izleri
- Tranklizan ve ağrı kesici kullanımı

Uyarıcı işaretlerin varlığında ya da periyodik sağlık muayenelerinde yürütülecek düzenli taramalarda bu rehberin izlenmesi eş istismarının saptanmasında yararlıdır (103).

Şiddetin tanılanmasında ülkeler arası ve hatta aynı ülkede veri toplama ve ölçümünde farklılıklar izlenmektedir. Dünyada yapılmış 48 toplum tabanlı araştırma sonucu yaşamlarının herhangi bir bölümünde kadınlara eşleri tarafından fiziksel şiddet uygulama sıklığı %10-69 olarak izlenmiştir (21). Tanımlama ve uluslar arası veri karşılaştırması yapmak olası değildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün aile içi şiddetle karşılaşan kadınlar üzerinde yapılacak araştırmalara yönelik etik ve güvenlik önerilerini içeren "Önce Kadınların Güvenliği" adlı bir dökümanı bulunmaktadır (Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women). Ayrıca literatürde amaca, türe, yönteme göre değişen pek çok ölçek yer almaktadır

1- Çocuğa Yönelik Şiddet Tarama-Tanı Ölçekleri

- Hawaii risk faktörü tarama aracı (Hawaii Risk Indicators Screening Tool)
- Kempe aile içi stres envanteri (Kempe Family Stress Inventory-KFI)
- Ebeveyn profil değerlendirmesi (Parenting Profile Assessment-PPA)

2- Yaşlıya Yönelik Şiddet Tarama- Tanı Ölçekleri

- Yaşlılar için kısa istismar görüntüleme (Brief Abuse Screen for Eldery- BASE)
- Hwalek-Sengstock yaşlı istismar tarama testi (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test- HSEAST)
- Bakıcı istismar tarama(The Caregiver Abuse Screen-Ries-Nahmiash CASE)

3- Eşe Yönelik Şiddet Tarama- Tanı Ölçekleri

- Çatışma yöntemleri ölçeği (Conflict Tactile Scal)(Revised)
- Eş istismarı indeksi(Index of Spouse Abuse-Physical Scale-ISA-P)
- HITS(Hurt, Insult, Treaten, Scream) ölçeği
- Kadın istismarı tarama aracı (Women Abuse Screening Tool-WAST)
- İstismar belirleme taraması(Abuse Assessment Screen-Disability)
- Kadınlara yönelik psikolojik şiddet envanteri(The Psychological Violence Toward Women Inventory)
- İstismar davranış envanteri(The Abusive Behaviour Inventory)
- Aile içi şiddet envanteri (Domestic Violence Inventory)
- Aile içi şiddet olay yeri belirleme taraması (Domestic Violence Scene Assessment Screen (DVSAS))
- Duluth modeli
- Özellikli anksiyete envanteri(Trait Anxiety Inventory)
- Hırpalanma indeksinde kadın deneyimi (The Women's Experience with Battering Scale- WEB)
- George Washington Üniversitesi evrensel şiddet önleme tarama protokolü (George Washington University Universal Violence Prevention Screening Protocol)
- Şiddet epizodlarına yakın atalar ölçeği (The Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAKE) Scale)
- Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Grubu'nun aile içi şiddet ve eşe yönelik şiddet görüntülemesi üzerine önerileri (US Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations on Screening for Family and Intimate Partner Violence)
- Eş adalet ölçeği (The Intimate Justice Scale)
- Aile içi şiddet tarama soruları (Screening for Family and Intimate Partner Violence)
- Aile içi ihmal değerlendirme anketi (Domestic Abuse Assessment Questionnaire)
- Gebelikte istismar belirleme taraması (Abuse assessment Screen (AAS) for use in Pregnancy)
- Eşe yönelik şiddet taraması (Partner Violence Screen-PVS)
- Acil servis için aile içi şiddet tarama soruları (Emergency Department Domestic Violence Screening Questions)
- Aile içi şiddet tanı aracı (Domestic Violence Screening Tool)

- STAT: Eşe yönelik şiddet için 3 soruluk tarama (STAT: A there questions screen for intimate partner violence)
 - Adli aile içi şiddet değerlendirme (Forensic Domestic Violence Evaluation)(91).
- 4- Birçok araştırmacının kendi araştırmasında kullanılmak için hazırladığı anketler (21).

1.7.7. Şiddete Maruz Kalan Kadına İlişkin Yasal Düzenlemeler

Ailenin toplum içinde önemli rolü vardır. Bu nedenle devlet tarafından korunmasının gerekliliği birçok uluslar arası belgede, birçok devletin anayasasında ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer almıştır. Devlet, anayasal ve yasal düzeyde veya dolaylı olarak aileyi aile bireylerini koruyucu düzenlemeler yapmıştır (92). Türkiye'de aile içi şiddeti en kısa sürede sona erdirmeye amacıyla 14.1.1998 tarih ve 4320 sayılı "Ailenin Korunmasına Hakkındaki Yasa" düzenlenmiştir. Ailenin korunmasına dair 4320 sayılı kanun Sulh Hukuk Mahkemesinde görevli mahkeme olarak öngörülmüştü. Ancak 09.01.2003 tarih ve 4787 sayılı Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanun'un 9.maddesi ile görevli mahkeme Aile Mahkemesi olarak değiştirilmiştir (1, 70). Şu anda kurulmuş ve kurulma aşamasında olan bu mahkemelerin kadınlar ve çocukların adaletle ulaşmalarını güçlendirmesi planlanmaktadır. Bu mahkemeler, aile hukukuyla ilgili konularda karar verme yetkisine sahiptir. Görevleri, çocuklar ve yetişkinler (özellikle, uygulamada kadınlar) için, ailenin mali korunması da dahil olmak üzere koruyucu, eğitsel ve sosyal önlemler almaktır. Nüfusu 100.000'nin üzerinde olan tüm yerlerde kurulmakta olan bu mahkemelerden 2005 yılı Mart tarihinde ülke genelinde 102 tanesi görev yapmaktadır (19).

Yasaya göre, Türkiye'de herkes için parasız hukuki yardım olanağı mevcuttur. Ne var ki uygulamada sadece bazı baroların kadın komisyonlarının kadınlara bu tür destek sağlayabildikleri görülmektedir. Yeni Medeni Kanun'a (2001) göre, şiddet suçlarına maruz kalan tüm mağdurlarda olduğu gibi, evde şiddete maruz kalan kadınlar da maddi kayıp, acı ve ıstıraplarını tazmin etme hakkına sahiptir. Değiştirilen Medeni Kanun, aileyi erkeklerle kadınlar arasında eşitliğe dayalı bir ortaklık olarak tanımlamaktadır. Eşlerin eşit hakları, 2001 yılında 41. Madde'ye "aile eşler arasında eşitliğe dayanır" ibaresinin eklenmesiyle Anayasa'da da güvence altına alınmıştır.

T.C. Anayasasında yer alan ilgili maddeler (Resmi Gazete, Kanun No. 2709, Sayı. 17863, Tarih. 09.11.1982);

Madde 10. Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

(Ek: 7.5.2004-5170/1 md.) Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür.

Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamaz.

Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar.

Madde 17. Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.

Madde 41.- (Değişik: 3.10.2001-4709/17 md) Aile, Türk toplumunu temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır.

Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.

TCK yer alan ilgili maddeler (Resmi Gazete, Kanun No. 5252, Sayı. 25642, Tarih. 13.11.2004);

TCK 86/2: Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı

İşlenmesi halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TCK 87/1: Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

TCK 94/1: Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TCK 102/1: Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikayeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK 102/2: Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kavuşturmanın yapılması mağdurun şikayetine bağlıdır.

TCK 105/1: Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç yıldan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hükmolunur.

TCK 232/1: Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (15).

Türk hukuk sisteminde kadına yönelik şiddetle ilgili olarak yeni Türk Ceza Kanununda (T.C.K.) bazı hükümler bulunmaktadır. T.C.K.'nda kadına yönelik şiddetle ilgili özel bir hüküm bulunmamasına karşın yasanın çeşitli suçları düzenleyen maddeleri kapsamında değerlendirilen bazı hükümler bulunmaktadır (49)

Türk Ceza Kanunu'nda yaralama ile ilgili yasalar: Etkili eylemler bireyin bedensel bütünlüğünü bozan ve genel anlamda bedende ağrı ve acı oluşturan ve/veya oluşturabilecek olan geçici ve kalıcı, fiziksel ya da ruhsal bozukluklara yol açan travmatik etkilerdir. Bir bireyi yaralama Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suç olarak nitelendirilmekte olup; kasten ve taksirli olmak üzere iki bölümde değerlendirilmektedir.

Türk Ceza Yasası'nda cinsel suçlar ile ilgili yasalar: İnsanın temel hak ve özgürlüklerine, bireysel özerkliğine ve bütünlüğüne yönelmiş en ağır saldırı türlerinden birisi de cinsel suçları içermektedir (44).

Türk Ceza Yasası'nda duygusal şiddetle ve özgürlüğün kısıtlanması ile ilgili yasalar: Bir kimse bir şeyi işlemek veya işlemesine müsaade etmek ya da o şeyi işlememeye mecbur etmek için diğer bir kimseye zor kullanır veya onu tehdit eder veya yetkisi olmadan veya yasalara aykırı olarak bir konuda bilgi vermesini veya inancını veya siyasi ve sosyal görüşünü açıklamasını isterse,

- Hakaret ve sövme cürümlerini,
- Bir kimsenin namus veya şöhret veya vakar ve haysiyetine yönelik eylemleri,
- Eyleme uğrayan kişi eyleme kendi haksız hareketiyle sebebiyet vermiş ise,
- Hürriyet aleyhinde işlenen eylemleri,
- Hayrı meşru surette kişi hürriyetinden mahrum edilmesini içermektedir (49).

İşlenmekte olan ve işlenmiş bir suçun yetkili makamlara bildirilmemesi, Türk Ceza Kanunu (TCK)'nin 278. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre suçun oluşabilmesi için henüz icra edilmekte olan bir suçun varlığı gereklidir. Bir kimsenin kaçırılarak belli bir yerde tutulduğunun bilinmesine karşın, yetkililerin durumdan bilgilendirilmemesi, işlenmekte olan suçun bildirilmemesine örnektir. Kamu görevlilerinin görevleri nedeniyle veya görevlerini yaparken bir suçun oluştuğunu öğrendikleri halde bunu yetkili organlara bildirmemeleri, TCK 279. maddedeki suçu oluşturur. Bu suçun oluşması için “bildirim konusu suçun kamu görevlisinin yürüttüğü görevle bağlantılı olması gerekir. İşlenen suçun görevle bağlantılı olmaması durumunda, ihbara ilişkin genel kurallar geçerlidir. Ayrıca görevlilerin özelliği gereği, mesleklerini yaparlarken, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin öğrendikleri suçun bildirme yükümlülükleri TCK 280. maddede düzenlenmiştir. Bu yükümlülük madde metninde sayılanlarla sınırlı değildir. Örneğin bir tıbbi tahlil laboratuvarında çalışanlar için de büyük yükümlülük vardır (81).

1.7.8.Aile İçi Şiddet Kurumları

1.7.8.1.Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı düzeyinde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı'nın yürütülmesinden ve koordinasyonundan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı sorumludur. Sorumlu birim çalışmalarını sektör içi ve sektörler arası işbirliği ve koordinasyon içinde yürütür. Sektör içinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; sektörler arası düzeyde Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Diyanet İşleri Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, uluslar arası kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde çalışır. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelenin başarıya ulaşmasında tüm ilgili sektörlerin ortak bir anlayış ve yaklaşım içinde olması ve sektörel düzenlemelerin ve uygulamaların uyumlu, tamamlayıcı ve destekleyici özellikler taşıması kritik öneme sahiptir (82).

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Daire Başkanlığı'nın "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele" kapsamında yürütülmekte olduğu aktiviteler şunlardır:

- Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede ulusal sağlık politikası oluşturulması,
- Kaynakların değerlendirilmesi (insan gücü, mali, zaman, vb.),
- Uygulama protokollerinin geliştirilmesi,
- Aktivite programının oluşturulması,
- Merkezi düzeyde sektörler arası işbirliği ve koordinasyonunun sağlanması,
- Sevk mekanizmasının kurulması,
- Kayıt-bildirim sisteminin oluşturulması
- İzleme ve değerlendirme planı oluşturulması,
- Sağlık personelinin duyarlılığının artırılması,
- Sağlık personeline destek ve hizmet içi eğitim olanağı sağlanması,
- Sağlık personeli ve halka yönelik eğitim materyalinin geliştirilmesi,
- Hizmet ağının genişletilmesi (82).

Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali İşbirliği Programı kapsamında, 2005 yılında Türkiye'de kadınların toplumsal fırsatlardan erkeklerle eşit biçimde yararlanmalarının sağlanması ve kadının insan haklarının korunması hedeflerine yönelik hazırlanan "Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Yaygınlaştırılması Projesi"nin iki bileşeninden birincisi "Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi Eşleştirme Projesi"; ikincisi ise "Kadına Yönelik Aile İçi

Şiddetle Mücadele Projesi”dir. “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi”, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun (UNFPA) teknik, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu’nun mali desteği ile Aralık 2006-Aralık 2008 döneminde yürütülmüştür. Proje uygulamalarının yürütüldüğü iller ise bölgesel dağılıma özen gösterilerek belirlenmiş olan Ankara, İstanbul, İzmir, Gaziantep, Şanlıurfa ve Trabzon illeridir. Bu Proje kapsamında, Avrupa Birliği ile uyum sürecinde gerçekleştirilmesi öngörülen siyasi kriterler doğrultusunda, kadınların insan haklarının geliştirilmesine yönelik olarak aile içi şiddetin yok edilmesine dair kurumsal yapıların geliştirilmesi ve güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Proje kapsamında, aile içi şiddete maruz kalan ve risk altındaki kadınlara hizmet sunan kurum ve kuruluşların kapasiteleri gerçekleştirilen eğitimler, toplantı ve konferanslar aracılığıyla artırılmış, ilgili paydaşlar arasındaki iletişim ve işbirliği güçlendirilmiş, üretilen ve sergilenmesi sağlanan görsel materyaller aracılığıyla toplumsal farkındalık ve duyarlılığın artmasına katkı sağlanmıştır. (82).

Kadına yönelik aile içi şiddetin ülkemizdeki boyutu ve sağlık sonuçları, bu sorunla mücadelede sağlık sektörünün rolü ve sağlık hizmeti sunumunda yaşanan problemler dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı” başlatılmıştır. Bu programda amaçlanan ilke ve stratejiler şöyledir:

Temel Amaç

Şiddetin kadın sağlığı üzerine etkilerini azaltmak ve gelecekte yaşanabilecek kadına yönelik aile içi şiddet olgularını önlemektir.

Alt Amaçlar

- 1.Aile içi şiddete uğrayan kadına yönelik hizmetleri temel sağlık hizmetlerine entegre etmek,
- 2.Aile içi şiddete uğrayan kadına yaklaşım ve müdahale konusunda sağlık personelinin duyarlılığını ve yeterliliğini geliştirmek,
- 3.Aile içi şiddete uğrayan kadına yönelik kayıt-bildirim ve izlem mekanizması oluşturmak,
- 4.Sektörler arası koordinasyon ve işbirliğini geliştirmek,
- 5.Erkek katılımı ve toplumu bilinçlendirme çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

Temel İlkeler

-Şiddet, bir halk sağlığı problemi ve insan hakları sorunudur.

-Şiddet, yasal yansımaları ile bir suç teşkil eder. Bu nedenle, zamanında ve etkin şekilde tanımlanmalıdır.

-Bireyler haklarını kullanabilecekleri ve bir bütün olarak gelişimlerine olanak sağlayan koşullarda yaşama hakkına sahiptir.

-Yaş, cinsiyet, din, ekonomik düzey, cinsel tercih, milliyet ve politik görüşleri ne olursa olsun, her birey şiddet nedeniyle ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini almalıdır.

-Tüm müdahaleler, kişilerin haklarına saygı ve kendi kararlarını kendilerinin almalarına izin veren bir yolla yapılmalıdır (82).

Stratejiler

1.Politik Kararlılık

a)Kadına yönelik aile içi şiddeti önlemek üzere en yüksek düzeyde politik kararlılık sağlamak,

b)Eylem planını tüm sağlık müdürlüklerine tanıtarak karar birliği sağlamak,

Diğer sektörlerin desteğini de alarak programı yürütmek.

2.Hizmet Sunumu

a)Sağlık kurumlarına herhangi bir nedenle başvuran 15 yaş ve üzeri tüm kadınların aile içi şiddetle karşılaşma durumlarının sorgulanması yoluyla aile içi şiddet olgularına erken tanı koymak,

b)Tespit edilen olgulara tıbbi tanı ve tedavi, bilgilendirme ve yönlendirme hizmeti sunmak,

c)Tespit edilen olguların kaydını ve bildirimini tam ve zamanında yapmak,

d)Tespit edilen olguları izlemek,

e)Halk eğitimi çalışmaları yapmak.

3.Sağlık Personeli Eğitimi

a)Sağlık personeline, kadına yönelik aile içi şiddet konusundaki duyarlılığını arttırmak ve aile içi şiddeti sorgulama, tanıma, bilgilendirme, yönelendirme, izleme, kayıt ve bildirim konularındaki bilgi ve becerilerini geliştirmek amacıyla hizmet içi eğitim vermek,

b)Sağlık personelinin hizmet sunumunda ve halk eğitiminde kullanacağı eğitim ve metaryalini geliştirmek ve her sağlık kurumunda bulunmasını sağlamaktır.

4.Sosyal Mobilizasyon

a)Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele programını halka tanıtmak ve hizmet sunumunu açıklamak,

b)Sosyal mobilizasyon için ilgili diğer sektörlerle (Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, SHÇEK, vb.).işbirliğinin yapıldığı bir mekanizma oluşturmak,

d)İl düzeyinde sosyal mobilizasyonu, vali başkanlığında sektörler arası işbirliği ile sağlamaktır (82).

1.7.8.2. İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü, ulusal sağlık politikaları ve mevcut düzenlemeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin il düzeyinde yürütülmesinden sorumludur. İl Sağlık Müdürlüğü'nde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programını, Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü yürütür. Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP), Eğitim, Acil Sağlık Hizmetleri, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri ve Personel Şube Müdürlükleri koordinasyon sağlanacak şubelerdir.

İl Sağlık Müdürlüğü'nde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı kapsamında gerçekleştirilecek aktiviteler şunlardır:

1. Mevcut durumun belirlenmesi,
2. Sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesi,
3. Halk eğitim çalışmaları,
4. Program izleme ve değerlendirme çalışmalarının yürütülmesi,
5. Sektörler arası işbirliği (82).

1.7.8.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı'nın yürütüleceği birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık ocakları, sağlık evleri, AÇSAP Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri olarak tanımlanmıştır. Bu sağlık kuruluşları, kadınların sağlık sistemine giriş noktalarını oluşturmaları, yaygın ve ulaşılabilir olmaları ve sık kullanılmaları nedeni ile çok önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, kadına yönelik aile içi şiddetin birincil, ikincil ve üçüncül korumasında önemli bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin ev ziyaretleri yoluyla hizmet sunması, sağlık hizmetlerine ulaşamayan şiddet mağduru kadınlara ulaşılabilirliği sağlaması nedeni ile ayrıca önemlidir.

Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele programı sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 15 yaş ve üzeri tüm kadınları kapsamaktadır (82).

1.7.8.4. Hastane Acil Servisleri

Hastane acil servisleri ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerdir. Acil servislerin özellikleri, bireylerin şikayetleri acil olmasa dahi, bir doktor tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünerek başvurabilecekleri, geniş kullanımı olan, 24 saat açık ve kolay ulaşılabilir yerler olmalarıdır. Bu nedenle aile içi şiddete uğramış kadının da ilk başvuru yerlerinden biridir (82).

Sağlık kuruluşlarında aile içi şiddet öyküsünü almak ve değerlendirmek amacıyla yapılan görüşme sırasında mağdurdan elde edilen bilgileri kaydetmek üzere “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu” kullanılır. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu, “başvuru bilgileri”, “mağdur bilgileri”, “iletişim bilgileri”, “şiddet öyküsü”, “risk değerlendirme” ve “sonuç” bölümlerinden oluşmaktadır. Formun tam ve doğru şekilde doldurarak şiddet olgusunun sağlıklı şekilde değerlendirilmesi, mağdurun ihtiyaç duyduğu hizmetlere yönlendirilmesini ve uygun desteği almasını sağlayacaktır. Ayrıca, bu form yoluyla elde edilen bilgiler, kadının izlenmesi ve desteğin sürdürülmesi açısından da önemlidir.

Kayıt bildirim sisteminin yanı sıra, kadına yönelik aile içi şiddete müdahalenin önemli bir bileşenini de adli rapor düzenlenmesi oluşturmaktadır. Kadına yönelik şiddet olgularında tedavi edici hekimlik kadar adli tabiplik hizmetlerinin verilmesi de önemlidir. Çünkü şiddete maruz kalan bir kadın daha sonraki aşamalarda kanuna başvurduğunda dayak yediğini, kendisine şiddet uygulandığını gösterecek temel belge olaydan hemen sonra aldığı adli tıp raporudur. Adli raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda kalmalı, muayene sonrasında hemen rapor tanzim edilmesi mümkün ise iki nüshası kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili

hakimliğe, mahkemeye veya cumhuriyet başsavcılığına iletmek üzere getiren kolluk görevlisine teslim edilmeli, ileri tetkik ve benzeri nedenlerle hemen rapor tanzimi mümkün değilse raporun iki nüshası kapalı ve mühürlü bir zarfla sağlık kuruluşunca ilgili adli makama en kısa sürede iletilmelidir. Raporun düzenlenmesi ve adli makamlara gönderilmesinde gizlilik kurallarına uyulmalı ve bu amaçla gerekli tedbirler alınmalıdır (82).

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Ön yüz)

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

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Arka yüz)

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

* Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası:

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

1.7.9. Şiddete Maruz Kalmış Kadınla İletişim

Bir kadına yaşadığı şiddet hakkındaki soruların soruluş tarzı durumunu açığa vurup vurmaması açısından büyük farklılık yaratır. Eğer sorular yargılanmadan, empatik bir yaklaşımla sorulursa doğru olarak cevap verme olasılığı artar (103).

Şiddete maruz kalan kadınların davranışları görüşmeci için bir ipucu olabilir. Görüntüsünden korktuğu, utandığı, bir şeyden kaçındığı anlaşılabilir. Kapı her açıldığında irkilebilir, odaya birisi girdiğinde korku belirtileri gösterebilir. Görüşmecinin yüzüne bakmak istemez, mümkün olduğunca kısa cevaplar verir. Şüpheli uyandıran durumlarda şiddete ilişkin sorular, bireyin yanında tanıdığı herhangi bir kimsenin bulunmaması halinde sorulmalıdır. Koridorlarda, ayaküzeri yapılan konuşmalara hiçbir yardımı olmayacağı gibi hastada kendisinin ve sorununun önemsenmediği duygusunu yaratır. Hastayı sağlık kuruluşuna getiren arkadaşlarından ve aile üyelerinden şiddete maruz kalmaya ilişkin bilgi alınabilir, ancak kişiler konuşmak için istekli olmazlarsa ısrarcı davranılmamalıdır. Diğer yandan bu kişinin de şiddeti destekleyebileceği akılda tutulmalı, hastanın daha da yoğun şiddete maruz kalmasına neden olunmamalıdır (12).

Bu bireylerle iletişimi kolaylaştıran bazı beceriler geliştirilebilir. Bunun için temel iletişim yolları olarak söz edebileceğimiz bazı “sözsüz” ve “sözlü” teknikler kullanılabilir.

Sözsüz İletişim Yolları:

- Doğal yüz ifadesi
- Göz teması kurma
- Beden dili kullanma
- Empatik olma ve etkin dinleme

Sözlü İletişim Yolları:

- Soruna giriş yapma
- Dolaylı soru yöneltme
- Soruyu doğrudan sorma
- Öykü alırken soru sorma (12).

Sonuç olarak; şiddete uğrayan kadınların sonlandırmak istedikleri aile birliği değil, maruz kaldıkları şiddettir. Bu nedenle bu kadınlarda iletişim özel olmalıdır. Ve unutulmamalıdır ki şiddete uğramış olgu ile sağlıklı iletişim sağlanması, oluşabilecek kötü sonuçların önlenmesinde çok önemli bir aşamadır (12).

1.7.10. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Rolü

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2002) kadın sağlığına verdiği ciddi ve öncelikli bir sağlık sorunu olarak kabul etmiştir. Aile içi şiddet özellikle halk sağlığı ile ilgili kaynaklarda “gizli ya da sessiz epidemi” olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenlerle sağlık çalışanlarının kadına yönelik aile içi şiddetin tanı ve tedavisini yapmaya yönelik eğitilmeleri ve desteklenmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (29).

Kadına yönelik şiddet, birey ve toplum için ciddi sağlık ve sosyal problemler yaratan bir sorundur. Şiddet mağduru kadınlar yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle toplumdan izole bir yaşam sürerler. Türkiye’de aile içi şiddetin nedenlerinin belirlenmesi ve soruna çözüm getirilmesi için öncelikle aile yapısının doğru saptanması gerekmektedir. Türkiye’de aile içinde yaşanan sorunlar, en yakın kişilere bile zor anlatılmaktadır. Bu durum şiddetin giderek yaygınlaşmasına neden olduğu gibi şiddete maruz kalan bireylerin yardım almalarını da güçleştirmektedir (97). Destek alma ihtiyacı hissettiklerinde ilk başvurdukları kişiler sağlık personeli olur. Bu nedenle ebe, hemşire ve hekimlerin şiddet mağduru kadınları iyi tanımalıdırlar (102). Hemşireler hem mesleki sorumlulukları hem de toplumun hizmet üreten kadın kesiminin önemli bir oranını oluşturmaları nedeniyle kadına yönelik şiddete karşı bir bakış açısına sahip olmaları önemlidir. Bu konuda hemşirelere düşen en önemli sorumluluk kadınları şiddeti önleme ve şiddete maruz kaldığında neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirmektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler önemli roller düşmektedir. Hemşireler kadınlara şiddet türleri, şiddetin nedenleri ve sonuçları hakkında eğiterek ve olası çözüm yollarını öğreterek etkili olabilirler (38).

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birindeki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir. Bu nedenle şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin, polisin ve adli personelin şiddetin ne olduğu, nelerin şiddet sayılacağı, şiddet mağduruna yaklaşım, şiddetin tedavisi ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Sağlık bakımının temel amacı, sağlığı korumak, hastalığı tedavi etmek, sakatlığı önlemek, ortaya çıkan problemi çözmek olmasına rağmen sağlık personelinin şiddeti

tanımada, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olmadığı görülmektedir (75).

Evde şiddete uğrayan ya da kötü davranılan kadın, hekime gelme konusunda isteksizdir. Yaralanma nedeniyle acil polikliniğine getirildiğinde bile gönülsüz davranır, korku içindedir. Nasıl yaralandığı konusunda tutarsız öykü verir. Hekim böyle bir kadınla görüşürken dikkatli ve empatik olmalıdır. Görüşme sakin ve özel ortamda yapılmalı, her aile üyesi ile ayrı ayrı görüşülmelidir. Daha önceden yaralanma olduğuna ilişkin öykü ve eski travma bulguları, olağan olmayan yerlerde yara olması, yaraları açıklayamama, yaralanma nedeniyle acile başvuruda gecikme olduğunda şiddet ya da kötü davranma akla gelmelidir (108,69).

Sağlık çalışanları bir kadının şiddet yaşadığına tanık olduğunda çoğunlukla yapabilecekleri fazla bir şeyin olmadığına inanırlar. Oysa söyleyeceklerinin ve yapacaklarının şiddet yaşayan kadın üzerinde etkisi olacaktır. İlk görüşmede şiddetin açığa çıkarılması güçtür, ancak sorular sormak konu ile ilgilenildiğine işaret eder, kadınları kendilerinin ve çocuklarının yaşadığı şiddeti açığa vurmada cesaretlendirir. İdeal olan, sağlık çalışanlarının buldukları bölgedeki hizmet örgütleri ve kadın grupları ile koordineli bir çalışma yürütmesidir (49).

Hastanın kliniğe gelişi sırasında;

1. Acil bir tehlike olup olmadığının ölçümü yapılmalıdır. Kadın kendisini ya da çocuğunu ne ölçüde tehlikede görüyor, bu belirlenmelidir. Eğer tehlike görüyorsa, seçeneklerini düşünmesi konusunda yardımcı olunmalıdır. Destek alabileceği bir akrabası, arkadaşı var mı? Destek merkezlerinin telefonlarına ulaşabilir mi?
2. Uygun bakım sağlanmalıdır. Cinsel saldırıya maruz kalmış kadınlar için acil doğum kontrol önlemi, cinsel yolla bulaşabilecek enfeksiyonlara karşı önlem düşünülmelidir. Gerekliliği açıkça belli olmadıkça ruh durumunu değiştiren ilaçlar reçete edilmemelidir, çünkü bunlar saldırıları önceden tahmin edip tepki verme becerisini yok edebilir.
3. Kadının içinde bulunduğu durumun kayda geçirilmesi gerekir. Klinik kayıtlarda “bıçak yarası” vb genel ifadeler kullanılmaktadır. Oysa maruz kalınan şiddetin hikayesinin, fiziksel ve psikolojik belirtilerin dikkatlice kaydı yapılmalıdır.
4. Bir güvenlik planı geliştirilmelidir. Kadınlar kişisel bir güvenlik planları olduğunda şiddetle daha kolay baş edebilirler. Güvelik planı bir çantayı, parayı hazır tutmayı, gidilecek yerleri önceden belirlemeyi vb içerir. Bu plan kadınların rahatça okuyabileceği kliniğin lavabosuna, muayene odasının duvarına asılabilir.

5. Kadınlar hakları konusunda bilgilendirilmelidir. Kadınlar içinde buldukları durumu açığa vurma kararı aldıklarında, doktor şiddetin suçlusunun kendisi olmadığını vurgulamalıdır. Sağlık personeli, şiddete uğrayanlar için yasaların ne gibi koruma sağladığını, kadınların ve çocukların haklarını nerede arayabileceklerini bilmelidir.

6. Kadınlar bölgedeki kurumlara yönlendirilmelidir. Sağlık çalışanları, şiddete uğrayan kadın ve çocukları erken aşamada belirleyerek, bölgedeki kurumlara yönlendirerek destek verebilir. Kadın ve çocukların ihtiyaçları genelde sadece sağlık sektörünün verdiklerinin ötesine geçer(49).

Sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları şiddetin yer aldığı evlerde ve diğer ortamlarda şiddetle ilgili bilgileri almalı ve şiddet döngüsünü kırmalıdır. Toplum sağlığı hemşireleri şiddet mağdurlarının ilk iletişim kurdukları, temel yardım kaynağı konumundadırlar. Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda ev içi şiddete yaklaşımda sağlık personelinin yaklaşımları birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları çerçevesinde ele alınmaktadır (75). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde ve durdurulmasında birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamaklarının sağlanması kadın ve toplum sağlığının sürdürülmesinde ve korunmasında önem taşımaktadır (59).

Birincil Koruma: Şiddete birincil koruma televizyonda şiddet görenlerinin düzeyinin azaltılması ve ateşli silahların denetimi gibi toplumsal düzeyde şiddetin ortaya çıkmasının önlenmesi çalışmalarından başlar. Bu çalışmalar temelde toplumsal daha geniş grupları etkiler ve daha düşük maliyetlidirler. Bu nedenle şiddetin önlemeye yönelik müdahaleler sürecin erken aşamaları için planlanmalıdır. Örneğin kadına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılacak müdahale fiziksel şiddet açısından yüksek risk taşıyan ilişkisi olan, ancak henüz şiddet yaşamamış kadınlara yönelik olmalıdır. Bu açıdan yeni nişanlanan, evlenen, flörte başlayan çiftlere şiddet açısından risk faktörlerine ve şiddetten korunma yollarına yönelik eğitimleri kapsayan müdahale çalışmaları yapılmalıdır. Ayrıca müdahale çalışmalarında çocuklara özel programların da mutlaka bulunması gerekir. Şiddet davranışının büyük ölçüde öğrenilmiş bir davranış olması nedeni ile çocuk ve gençler bu konuda en duyarlı gruplardır. Çocukların yanında değişik düzeylerdeki gruplara yönelik kapsamlı programların geliştirilmesine de gereksinim vardır. Bu programlar şiddet açısından risk altındaki grupları, kurbanları ve uygulayanları da kapsayan programlar olmalıdır. Şiddet kurbanları ve uygulayıcıları için adli

kurumlar ve güvenlik kurumları dışında yeni kurumlar geliştirilmelidir. Şu anda var olan her iki kurumda şiddet ortaya çıktıktan sonra çalışan kurumlardır (37).

Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler öncelikle risk gruplarını belirlemeli, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidirler.

Ev içi şiddet için birincil koruma stratejileri

- Risk faktörlerini belirleme
- Bireyin yaşadığı gerginliği azaltma
- Sosyal desteği artırma
- Bireyin baş etme becerilerini artırma
- Yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlama
- Benlik saygısını artırma

İkincil Koruma: Şiddette ikincil korunma birinci korunma çalışmalarından dar kapsamlı olması ile ayrılır. Şiddet görme açısından yüksek risk taşıyan ya da tekrarlayan şiddet olaylarının yaşandığı belirli alt gruplar ve koşullara yönelik müdahaleler ikincil koruma çalışmalarıdır. Bu nedenle ikincil koruma çalışmaları şiddete en fazla başvuran ve en fazla şiddet kurbanı olan kentlerde yaşayan yoksul genç erkekleri hedeflemelidir. Ayrıca kendi evinde şiddet gören, şiddet olaylarının yaşandığı okullarda okuyan, çetelerin takıldığı eğlence yerlerine giden kişilerde yüksek risk altındadır. Bu kişilere yönelik programlar da yapılmalıdır (37).

İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmayı amaçlar.

Ev içi şiddet için ikincil koruma stratejileri;

- Şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey/bireyleri ve şiddet kullanan bireyleri saptamak
- Şiddet yönünden bir bulgu saptandığında derhal müdahale etmek
- Şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını sağlamak
- Bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile iş birliği yapmaktır (75).

Üçüncül Koruma: Şiddetin önlenmesinde tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımlar üçüncül koruma kapsamına girmektedir. Bu aşamada şiddetten önemli ölçüde zarar gören gruplar hedef alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yanında adli sistemde devreye girmektedir. Şiddet gören kurbanlara yönelik hizmetlerin geliştirilmesi bu kapsamda ele alınır. Ayrıca şiddete başvurmak hoş görülebilecek bir durum değildir. Bu nedenle şiddet uygulayan kişilerin toplum içinde yaşamasına izin verilmez. Ancak bu aşamada tutuk evi ve hapishanelerde rehabilitasyon çalışmalarına gereksinim vardır. Bu kapsamda alkol ve madde kullanımının önlenmesi, meslek edindirmeye yönelik çalışmalar, çatışma çözme ve şiddet içerikli davranışlardan kaçınma becerisinin artırılması gibi çalışmalar bulunur. Ancak bugüne kadar yapılan bu tür çalışmalarda yeterli başarı sağlanamamış olması sebebiyle daha fazla çabaya gereksinim vardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün şiddetin önlenmesi konusundaki önerileri dokuz başlıkta toplanmıştır. Bunlar:

1. Şiddetin önlenmesine yönelik ulusal plan hazırlanması, uygulanması ve izlenmesi
2. Şiddet olayları ile ilgili veri toplanmasını sağlayacak bir sistemin kurulması
3. Şiddet konusundaki önceliklerin tanımlanabilmesi, nedenlerinin, sonuçlarının ve ekonomik sonuçlarının ve korunmada etkili olabilecek müdahalelerin saptanabilmesi amacı ile araştırmalar yapılması
4. Birincil koruma çalışmalarının geliştirilmesi
5. Şiddet kurbanları için yapılan çalışmaların güçlendirilmesi
6. Şiddetin önlenmesi yaklaşımının toplumsal çalışmalara ve eğitim politikalarına entegre edilmesi yolu ile toplumsal eşitliğin ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması
7. Şiddetin önlenmesine yönelik işbirliği ve bilgi alışverişinin artırılması
8. Uluslar arası anlaşmaların, yasaların ve diğer mekanizmaların insan haklarına uygunluğunun geliştirilmesi ve izlenmesi
9. Küresel bağımlılık yapıcı madde ve silah ticaretinin önlenmesine yönelik uluslar arası uzlaşmaya varılmasını sağlayacak uygulanabilir yöntemler bulunmasıdır (37).

Üçüncül koruma, birey ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon sürecini kolaylaştırır. Şiddet mağdurlarına grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir. Uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir.

Hemşire bu alandaki görevlerini dört aşamada gerçekleştirir.

- 1- Tanımlama; olayın gerçek boyutlarının belirlenmesi
- 2- Önleme; kadının ve ailenin korunması
- 3- Şiddeti yaşayan kadına ve aileye kriz anında uygun hemşirelik bakımı
- 4- Rehabilitasyon; kadın ve ailenin yeniden topluma kazandırılması (75).

Sağlık çalışanları, çoğu zaman şiddet görmüş kişilerin aile dışına çıktıklarında tek görüşebildikleri dolayısıyla tek yardım alabilecekleri kişilerdir. Aile içi şiddet kurbanlarının yaklaşık %43 kadarının ilk yardım talep ettikleri kurumun sağlık kurumları olduğu bildirilmektedir(94). Aile içi şiddet konusunda sağlık çalışanlarının rollerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar son yirmi yılda artış göstermiş, şiddetin sonuçlarıyla ilgilenmelerine rağmen sorunun önlenmesine olan katkıları da gösterilmiştir. Sağlık alanında şiddet görmüş kişilere verilebilecek hizmet tüm önemine rağmen sınırlıdır, kadının ya da çocuğun hayatını sağlık çalışanları tek başına değiştiremezler ama bu değişime katkıda bulunabilirler. Bu değişim içindeki roller kabaca şiddet görmüş vakaları tanımak, onların sağlık sorunlarını çözmek, yasal hakları konusunda bilgilendirmek ve ulaşabileceği sosyal kurumlarla iletişim kurmasına yardımcı olmak olarak sıralanabilir (94).

Ebe ve hemşireler şiddete uğrayan kadına birincil, ikincil ve üçüncül bakımı, hemşirelik bakım sürecinin aşamalarını uygulayarak çok rahatlıkla yapabilirler. Hatta yeni sorgulama formları ve modülleri geliştirebilirler. Bu aşamalar, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Bakım süreci aynı derece de birinci basamak da önemlidir. Ebe ve hemşireler bölgelerindeki kadınlarla (gebe, loğusa, diğer bekar, evli...) sürekli birebir oldukları için şiddetin varlığını ilk tanıyacak kişilerdir. Özellikle gebelikte sık rastlanan şiddete karşı uyanık olmalıdırlar. Özellikle ebeler “şiddetin gebelik dinlemediğini” bilmeleri gerekir (39, 74,76).

Ebe ve hemşirelerin bunları yapabilmeleri için şiddetin bir insanlık ve sağlık sorunu olduğunun farkında olmaları gerekir. Kadının bakış açıları, empati kurabilme yetenekleri, iletişim becerileri gelişmiş, kendi inanç ve değerlerinin farkında olmaları gerekir. Bu sağlamanın en iyi yolu da eğitimidir. Ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde her türlü şiddete uğrayan kadınlara yaklaşımı konusunda eğitilmeleri önemlidir. Ayrıca mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle bu konu canlı tutulmalıdır. Eğiticiler de eğitilmelidir (39,76).

1.7.11. Aile İçi Şiddette Sağlık Çalışanlarının Müdahalesinin Önündeki Engeller

Aile içi şiddet toplumsal bir sorundur ve hiçbir kurum bu sorunu tek başına çözemez. Özellikle kamu kurumlarında varolan hizmetlerin şiddet mağdurlarını kapsayacak şekilde düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının desteklenmesi önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının şiddet mağdurlarına müdahale ederken karşılaştıkları engeller, genellikle, hastadan, sağlık kurumundan ve sağlık çalışanından kaynaklı olanlar olarak sınıflandırılmaktadır (94).

1.7.11.1 Mağdurdan Kaynaklı Engeller

Mağdurun gidecek başka bir yerinin olmaması, genellikle çalışmıyor olması istismarı kabul etmesinin önündeki en önemli engellerdir. Tekrar şiddet görenle aynı evde yaşamak zorunda olması şiddetin tekrarı ve ağırlaşmasından korkmalarına neden olur. Erkek doktora gidememe, dil sorunu nedeniyle derdini anlatamama karşılaşılan engellerdir. Bunun dışında kadınlar sağlık çalışanlarının kendisini kınayacağından, suçlayacağından korkarlar. Yalancılıkla suçlayabileceğini düşünebilirler. Özellikle eğitim düzeyi yüksek mağdurlar utanabilirler ve şiddete maruz kaldıklarının herkes tarafından duyulacağından endişe edebilirler. Araştırmalarda etnik kimliğin de bildirim önünde engel oluşturabildiği, toplumsal önyargıların sağlık çalışanları tarafından paylaşılacağı öngörüsüyle mağdurların şiddeti sakladığı vurgulanmaktadır. Fahişelik yapan, farklı cinsel tercihleri olan mağdurların cinsel kimliği ya da mesleği nedeniyle sağlık çalışanlarından iyi muamele göremeyeceği düşüncesiyle çok zorda kalmadıkça şiddeti bildirmediği gösterilmiştir (94). Yapılan çalışmalarda başka bir önemli bulgu da mağdurun hak ettiğini düşünmesidir. İki bin üç Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na dahil olan kadınların %25'i kadının dayacağı hak ettiği, çocuklara bakmama, ev işlerini yapmama gibi en az bir durumu onayladıklarını bildirmişlerdir (94,90).

1.7.11.2.Sağlık Çalışanından Kaynaklı Engeller

Sağlık çalışanından kaynaklı engellerin başında aile içi şiddetin tıp eğitimi müfredatına yeni girmesi, dolayısıyla sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgisizliği gelmektedir. Özellikle aile içi şiddetin üreme sağlığı ve kronik hastalıklarla olan neden-sonuç ilişkisi çalışanlar tarafından bilinmemektedir. Vakaların çoğu histeri tanısı konup, gönderilmekte gerçek sorunla ilgili müdahalede bulunulmaması sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımına neden olmaktadır (7).

Sağlık çalışanının aile içi şiddetle ilgili yaptığı işin kurum içinde bir tanımının olmaması, bu daha fazla emek talep eden vakalardan uzak durmasına neden olmaktadır. Genelde konuya ilgi duyan bir hekim ya da hemşirenin duyarlılığıyla süreç yürütülmektedir. Türkiye’de performansa dayalı sisteme geçiş zaten çok ilgi gösterilmeyen bu zaman alıcı vakalara, son dönemde yürütülen bütün duyarlılaştırma çabalarına rağmen daha az ilgi gösterilmesine neden olacaktır. Sağlık çalışanları açısından diğer bir sorun, yararlı olamayacağı düşüncesiyle vakaları görmezden gelmeyi tercih etmesidir. “Nasıl olsa bir şey yapılamaz” düşüncesi müdahalenin önünde önemli bir engeldir. Bu durum şiddet konusundaki rolün olduğundan daha fazla algılanması ve yeterli kurumsal desteğin olmamasından kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanları kadının kocasından boşanmasından, çocuğun ailesinden alınmasından, kadına iş ya da yer bulunmasından sorumlu değildir. Sorumlu oldukları alan şiddetin klinik sonuçlarını ve tedavilerini bilmek, küçümsenen işler olan yasal haklar ve iletişim kurabileceği sosyal kurumlar konusunda bilgi vermektir (7).

Sağlık çalışanları da toplumu bir parçası olduğundan ve çoğunun bu alanda profesyonel yaklaşım geliştirmelerini sağlayacak bir eğitimi olmadığından konuyla ilgili toplumsal önyargıları ve tutumları paylaşmaktadırlar (94,25). Aile, özellikle Türkiye gibi kapalı toplumlarda çok özel, çok kolay müdahale edilemeyen mahrem bir alandır. Bu mahrem alana müdahale etme düşüncesinin verdiği rahatsızlık çalışanları engellemektedir. Hastanın utanacağı, çekineceği ve bu nedenle hizmet almaya geldiği konuda da yardım almasının zorlaşacağı düşüncesi sağlık çalışanları arasında yaygın görülmektedir (7). Hastanın utanacağı, çekineceği ve bu nedenle hizmet almaya geldiği konuda da yardım almasının zorlaşacağı düşüncesi sağlık çalışanları arasında yaygın görülmektedir. Oysa yapılan araştırmalar, yargılayıcı olmadan uygun şekilde sorulduğunda şiddete uğrayanların konuşmayı tercih ettiğini göstermektedir (7). Davas ve arkadaşlarının (2003) İzmir’de bir üniversite acil servisinde çalışanlar üzerinde yaptıkları çalışmada aile içi şiddete müdahalenin önündeki engelleri sınıflamışlardır: sosyal engel olarak; yasal düzenlemelerin ve yasal süreçlerin yetersiz olması ve iyi işlememesi, sosyal destek kurumların yokluğu veya azlığı, kadının sosyoekonomik statüsünün düşük olması, yargı sistemlerinin iyi işlememesi, polis müdahale ediş biçimi, toplumun kültürel yapısı, feodal ve geleneksel aile yapısı, düşük eğitim düzeyi ve din olarak belirtmişlerdir. Kurumsal engel olarak mağdurla görüşülecek uygun ortamın olmaması, multidisipliner yaklaşım eksikliği, sağlık çalışanlarının güvenliğinin olmaması, acil servislerde sosyal hizmet uzmanlarının görevlendirilmemesi, iş tanımı ve prosedürlerin olmaması ve personel eksikliği olarak belirlemişlerdir. Sağlık çalışanlarından kaynaklı

engelleri eğitimsizlik, aile içi şiddetle ilgili yasal sürecin bilinmemesi, zamansızlık, iş yükünün fazla olması, sağlık çalışanlarının yardım edemeyeceği düşüncesi, sağlık çalışanlarının da toplumla aynı önyargıları paylaşması, sağlık çalışanlarının kendisinin de aile içi şiddete maruz olması, sağlık çalışanlarının yetkisinin az olması ve şiddeti sorgulamaktan utanmaları olarak belirtilmiştir. Başvuran kaynaklı engeller olarak ise; kadının şiddeti kabul etmesi ve saklaması, kadının aynı ortama dönecek olması, şiddetin tekrarından korkması, yasal hakların bilinmemesi ve utanma olarak belirtilmiştir (25).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Health Care Provider Survey of Intimate Partner Violence (IPV) Attitudes and Practice (Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları) ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanmış metodolojik bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı merkez ilçelerde bulunan birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde Eylül 2010-Kasım 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir ilinin merkez ilçelerindeki (Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karabağlar, Karşıyaka, Konak ve Narlıdere) Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde görev yapan 199, Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapan 786 hekim ve bu kurumlarda çalışan 360 hemşire ve 985 ebe olmak üzere toplam 2330 kişi oluşturmaktadır (İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 2010). Evrenin tamamına ulaşılmak mümkün olmadığı için örneklem seçimine gidilmiştir. Bu amaçla, basit tesadüfî örnekleme yöntemi ile dört merkez ilçe (Balçova, Bornova, Karşıyaka ve Konak) belirlenmiştir. Bu bölgelerde bulunan Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP), Aile Sağlığı Merkezi (ASM) görev yapan toplam 867 hekim, hemşire ve ebe araştırma kapsamına alınmıştır (Tablo 1).

Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (9). Bu bilgiye dayanarak minimum ulaşılmak hedeflenen örneklem sayısı ölçek madde sayısının (43 madde) 10 katı olmak üzere toplam 430 hekim, hemşire ve ebeden oluşmasına karar verilmiştir. Araştırmanın örnekleme 430 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Ancak 430 sağlık çalışanından 30'u araştırmaya katılmayı istemediği, 10'u raporlu/izinli olduğu, 5'i geçici görevde olduğu ve 30'u anketi eksik doldurduğu için

araştırma örneklemini 355 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada katılım oranı ise %83 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Evreni Oluşturan İlçelerde Bulunan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) Sayıları

Merkez İlçeler	ASM	TSM	AÇSAP
Balçova	4	1	1
Bayraklı	19	1	1
Bornova	15	2	3
Buca	18	1	2
Çiğli	13	1	-
Gaziemir	10	1	-
Güzelbahçe	3	1	-
Karabağlar	21	2	3
Karşıyaka	12	1	2
Konak	19	2	3
Narlidere	3	1	-
TOPLAM	137	14	15

Tablo 2. Örnekleme Alınan İlçelerde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Bölgelere Göre Dağılımları

İLÇELER	HEKİM SAYISI			HEMŞİRE SAYISI			EBE SAYISI		
	TSM	ASM	AÇSAP	TSM	ASM	AÇSAP	TSM	ASM	AÇSAP
Balçova	6	23	-	5	8	2	7	15	3
Bornova	22	120	6	6	32	5	23	59	8
Karşıyaka	18	83	7	4	25	3	13	49	7
Konak	34	128	15	11	28	4	18	54	14
TOPLAM	80	354	30	26	93	14	61	177	32
GENEL TOPLAM		464			133			270	

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı tarafından sağlık çalışanlarına gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra anket formunun bırakılması ve bir hafta sonra formların geri alınması şeklinde kağıt-kalem tekniği ile toplanmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmacı tarafından literatür desteği ile (26,36) oluşturulan sosyo-demografik soru formu ve Gutmanis ve arkadaşları(2007) tarafından geliştirilen “Health Care Provider Survey of Intimate Partner Violence Attitudes and Practices” (Sağlık alışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları) ölçeği kullanılmıştır.

2.5.1.Sosyo-Demografik Soru Formu

Sosyo-demografik soru formu hekim ve hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma alanlarına ilişkin özelliklerini ve mesleki yaşamlarında kadına yönelik şiddet vakası deneyimlerini içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; hekim hemşire ve ebelerin cinsiyetleri, yaşları, meslekleri, ünvanları, çalışma yılları, hangi alanda çalıştıkları, çalışma saatler ve yetkileri gibi sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra kadına yönelik şiddetle ilgili; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alıp almadıkları, bu zamana kadar şiddet olgusuyla karşılaşma durumu, karşılaştıysa sıklığı, bu olguyla ilgili herhangi bir yasal işlem yapma durumu ve şiddetle karşılaştığında nasıl tepki vereceği gibi sorulardan oluşmuş ve şiddet taraması ve buna yönelik engeller konusunda dūřüncelerini almaya yönelik iki açık uçlu soruya yer verilmiştir (Ek-I).

2.5.2 Sağlık alışanlarının Kadına Yönelik Eş şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

Ölçek, Kanada’da Dickson ve Tutty (1998) tarafından halk sağlığı hemşirelerinin aile içinde kadına yönelik şiddetle ilgili tutumlarını belirlemek için geliştirilmiş, daha sonra Gutmanis ve arkadaşları tarafından 2007 yılında bazı maddelerde değişiklik yapılarak hekim ve hemşirelere uyarlanmak üzere yeniden yapılandırılarak geliştirilmiştir (36). Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay 43 maddeden ve sekiz alt ölçekten oluşan 1-4 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçek öncesinde sağlık çalışanlarına bir senaryo verilip okumaları sağlanarak, konuyla ilgili 43 ifadeden kendilerine uygun olan “1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=katılmıyorum ve 4=kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerden birini seçmeleri istenmektedir (Ek II).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları ve Chronbach's Alpha Değerleri

Faktör Grupları	Maddeler	Chronbach's Alpha
Faktör 1. Hazır Hissetme	2,8,14,15,16,17,23,27	0.87
Faktör 2. Kendine Güven	3,11,13,19,26,29,41	0.79
Faktör3.Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	1,4,6,7,9,21,39	0.79
Faktör4.Konuyu Açmada Rahatlık	24,25	0.77
Faktör 5.Profesyonel Destekler	28,40,42,43	0.74
Faktör 6. Uygulamadaki Engeller	12,31,34,36,37	0.73
Faktör 7.Şiddet Araştırması	5,10,18,20,22,30,33	0.71
Faktör 8.Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	32,35,38	0.59

Ölçeğin güvenilirlik hesaplamalarında alt ölçekler boyutunda Chronbach's Alpha değerleri 0.59-0.87 arasında bulunmuştur (Tablo 3).

2.6.Araştırmada Kullanılan Yöntem

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşır. Aynı ölçeğin diğer kültür ya da dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları “ölçek uyarlaması” olarak adlandırılır (34). Ölçek uyarlama çalışmalarının her birinin altında birçok işlem bulunan üç ana basamakta yapılması önerilmektedir:

- 1- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- 2- Psikometrik özelliklerin incelenmesi/geçerlik-güvenirlik
- 3- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması (9). Bu uyarlama çalışması, bu basamaklar doğrultusunda yürütülmüştür.

2.6.1. Dil Uyarlaması

Dil uyarlaması kapsamında, çeviri tekniği olarak grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri kullanılmıştır (9). Öncelikle aracı geliştiren araştırmacı ile internetten yazılı iletişim kurulmuş, özgün aracın Türkiye’de kullanılması için görüşülmüştür. Ölçek, kadına yönelik şiddet konusunda çalışan altı uzman (iki Halk Sağlığı öğretim üyesi, iki Halk Sağlığı uzmanı, bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği öğretim üyesi ve bir Halk Sağlığı Hemşireliği öğretim üyesi) tarafından İngilizce’den Türkçe’ye bağımsız olarak çevrilmiştir. İki araştırmacı, her madde için en uygun çeviriyi değerlendirerek ortak bir Türkçe metin

oluşturmuştur. Dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlilik açısından bazı sözcük ve tümceler incelenerek, Türkçe metni hazırlanmıştır. Ölçek geri çeviri yöntemi ile Türkçe ve İngilizce'yi iyi derecede bilen bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilip ve özgün formu ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır.

2.6.2 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenilirlik

2.6.2.1. Geçerlik Analizleri

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeği için kullanılan geçerlik yöntemleri ve yapılan işlemler aşağıda sıralanmıştır:

Kapsam Geçerliği:

Kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indeksi, Davies tekniği ile belirlenmiştir. Davies tekniğine göre; ölçeğin her bir maddesi, kadına yönelik şiddet konularında çalışan altı uzman tarafından a)Uygun b)Madde gözden geçirilmeli c)Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli d)Madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirilme seçeneklerinden birini seçerek değerlendirmiştir. Her bir madde değerlendirilirken (a) veya (b) seçeneği seçerek işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi(KGI) elde edilmiştir (107).

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını test etmek ve sonucuna göre faktör modelin kullanılmasının uygunluğuna karar vermek için Barlett testi, örneklem büyüklüğü yeterliliği için Kaiser-Mayer Olkin (KMO) İndeksi kullanılmıştır(34).

2.6.2.2.Güvenilirlik Analizleri

Bu çalışmada, ölçeğin güvenilirliğini saptamak üzere; normal dağılıma uygunluk analizleri; çarpıklık ve diklik katsayıları, histogram grafiği, Kolmogorov Smirnov Testi, normal dağılıma uygunluk grafiği kullanılmıştır. İç güvenilirlik hesaplamaları için; Cronbach Alpha katsayısı, madde-toplam puan korelasyonlarının karşılaştırılmasında; Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu, zamana göre değişmezliğin belirlenmesinde; test tekrar test yöntemi(n=50) ile

Pearson Momentler arpımı Korelasyonu kullanılmıştır. İstatistiksel nemlilik düzeylerin belirlenmesinde $p=0.05$ değeri göz önünde bulundurulmuştur (77).









2.7.Verilerin Analizi

Veriler uzman bir istatistiki tarafından SPSS (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir. Doğrulatorycı Faktör Analizi (DFA) için LISREL programı kullanılmıştır.

2.8.Süre ve Olanaklar

Araştırma süreci Şekil1'de gösterildiği gibi planlanmıştır.

Şekil 1. Araştırmanın Planlanması

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Haziran-Ekim 2008	Ekim-Kasım 2008	Aralık 2008-Şubat 2009	Mart- Haziran 2009	Temmuz 2009	Ekim-Kasım 2010	Aralık 2010-Ocak 2011	Mart 2011
Hazırlık Çalışmaları (Genel Literatür Tarama)								
Danışman İle Toplantı (Tez Konusunu Belirleme)								
Konu İle İlgili Spesifik Okuma								
Öneri Hazırlığı								
Tez Komitesi İle Toplantı								
Veri Toplama								
Tezin Yazılması								
Tez Sunumu								

2.9.Etik Açıklamalar

Sağlık alışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları leğinin araştırmada kullanılabilmesi için ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır (Ek-III). Araştırmaya başlayabilmek için E.. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan yazılı onam ve kurul imzası alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek IV).

Anket formlarında sağlık çalışanlarının isimleri ve çalıştıkları kurumların açık adı bulunmamıştır. Araştırma hakkında ayrıntılı açıklama yapılarak araştırma verileri gönüllülük esası doğrultusunda katılımcılardan sözlü onam alınarak toplanmıştır.

BÖLÜM III

3.BULGULAR

3.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ve çalışma yaşamlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	256	72.1
Erkek	99	27.9
Yaş		
22-35 yaş	49	13.8
34-45 yaş	240	67.6
46 yaş ve üzeri	66	18.6
Meslek		
Hekim	154	43.4
Hemşire	93	26.2
Ebe	98	27.6
Sağlık Memuru	10	2.8
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	32	9.0
Ön lisans	136	38.3
Lisans	32	9.0
Yüksek lisans	5	1.4
Uzman Doktor	150	42.2
TOPLAM	355	100.0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %72.1'i kadın olduğu ve yaş dağılımlarının 22 yaş ile 62 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamaları ise 40.51 ± 6.42 'dir. Sağlık çalışanlarının diğer sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %43.4'ünün hekim, %27.6'sının ebe, %26.2'sinin hemşire ve %2.8'inin sağlık memuru olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitim durumları incelendiğinde; %42.2'sinin doktora mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Çalışma Özellikleri	n	%
Çalışılan kurum		
ASM ¹	284	80.0
TSM ²	40	11.3
AÇSAP ³		8.7
	31	
Birinci basamakta çalışma yılı		
<1 yıl	16	4.5
1-4 yıl	37	10.4
5-9 yıl	49	13.8
10-14 yıl	72	20.3
15-19 yıl	77	21.7
20 yıl ve üzeri	104	29.3
Çalışma Bölgesinin yapısı		
Kırsal	7	2.0
Kentsel	251	70.7
Kırsal/kentsel		
	97	27.3
TOPLAM	355	100.0

¹ASM: Aile Sağlığı Merkezi, ²TSM: Toplum Sağlığı Merkezi, ³AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlara göre dağılımına bakıldığında; sağlık çalışanlarının %80.0'nin Aile Sağlığı Merkezlerinde, %11.3'ünün Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve %8.7'sinin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması birimlerinde görev yaptıkları saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %29.3'ünün 20 yıl ve daha fazla süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma yılı ortalamaları ise 223.91 ± 72.88 ay olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölgenin yapısı incelendiğinde; %70.7'sinin kentsel, %27.3'ünün kırsal/kentsel ve %2.0'nin kırsal alanlarda hizmet verdikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

3.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Eğitim Durumları ve Mesleki Yaşamlarındaki Deneyimleri

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusundaki eğitim alma durumları ve bu konuda yaşadıkları mesleki deneyimlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Alma Durumları	n	%
Mezuniyet Öncesi		
Eğitim Alan	34	9.6
Eğitim Almayan	321	90.4
Mezuniyet sonrası		
Eğitim Alan	238	67.0
Eğitim Almayan	117	33.0
TOPLAM	355	100.0

Tablo 6’da sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ile ilgili mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90.4’ünün öğrencilik yıllarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı, %67.0’nının ise mezuniyet sonrası eğitim aldığı belirlenmiştir.

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Vakasıyla Karşılaşma Deneyimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Kadına Yönelik Eş Şiddet Vakası	n	%
Karşılaşma durumu		
Evet	240	67.6
Hayır	115	32.4
TOPLAM	355	100.0
Karşılaşma Sıklığı*		
1-3 kez	192	54.1
4-7 kez	29	8.2
8-11 kez	14	3.9
12 ve üzeri kez	5	1.4
TOPLAM	240	100.0

*Yüzdeler vaka ile karşılaşanlar üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti vakasıyla karşılaşmaları incelendiğinde; %67,6'sının vaka ile karşılaştığı belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddet vakası ile karşılaşanların %54.1'inin son bir yıl içinde 1-3 kez aile içinde kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı belirlenmiştir (Tablo 7). Sağlık çalışanları son bir yılda ortalama $3,06 \pm 7,36$ vaka ile karşılaşmıştır.

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Vakalarını Bildirim Durumlarına Göre Dağılımı

Bildirim Durumları	n	%
Polisi arama		
Evet	52	14.6
Hayır	303	85.4
Sosyal hizmet kurumunu arama		
Evet	25	7.0
Hayır	330	93.0
TOPLAM	355	100,0

Tablo 8’de sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet vakalarını bildirme durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %85.4’ünün şiddet olayı karşısında polise haber vermediği, %93.0’ının ise şiddet olayı karşısında sosyal hizmet kurumunu aramadığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Sağlık alışanlarının Yakınlarında Kadına Yönelik şiddet Olayının Yaşanma Durumu ve Mesleki Yaşamlarına Etkisine Yönelik Bulgular

Yakınlarında Kadına Yönelik şiddet Olayının Yaşanması	n	%
Meslek Yaşamını Etiler mi?		
Evet	208	58.6
Hayır	147	41.4
TOPLAM	355	100,0
Mesleki Yaşama Etki Durumu		
Kaygım Artar	12	5.8
Tanımmama Yardımcı Olur	176	84.6
Hiçbir Etkisi Olmuyor	2	1.0
Daha Hassas ve Dikkatli Olurum	10	4.8
Yanıtsız	8	3.8
TOPLAM	208	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına yakınlarının şiddet yaşamış olması meslek yaşantınızda şiddet konusuna yaklaşımınızı etkiler mi? Sorusuna %58,6’sının ‘‘Evet’’ yanıtını verdiği belirlenmiştir. ‘‘Evet’’ yanıtını verenlerin %84.6’sının etki olarak şiddeti uğrayan kadınları daha kolay tanımlarına yardımcı oluyor yanıtını vermişlerdir (Tablo 9).

Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasındaki Engellere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Kadına Yönelik Şiddetin Erken Saptanmasındaki Engellere İlişkin Görüşler	n	%
Fikrim Yok	148	41.7
Kadının Şiddeti Saklaması	58	16.3
Kadının Korkması	29	8.2
Geleneksel Yaklaşım	23	6.4
Sağlık Personelinin Zaman ayıramaması	21	5.9
Aile Baskısı	20	5.6
Kadının Şiddeti Normal Kabul Etmesi	18	5.0
Ailedeki Maddi/Manevi Sorunlar	17	4.8
Eğitim Eksikliği	13	3.7
Güvenli Ortamın Olmaması	8	2.2
TOPLAM	355	100.0

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetinin erken saptanmasındaki engellere ilişkin görüşleri incelendiğinde; %41.7'sinin fikrim yok, %16.3'ünün kadının şiddeti saklaması, %8.2'sinin kadının korkması, %6.4'ünün geleneksel yaklaşım, %5.9'unun sağlık personelinin zaman ayıramaması, %5.6'sının aile baskısı, %5'inin kadının şiddeti kabul etmesi, %4.8'inin ailedeki maddi/manevi sorunlar, %3.7'sinin eğitim eksikliği ve %2.2'sinin güvenli ortamın olmaması yanıtını verdiği belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasına İlişkin Önerilere Göre Dağılımı

Kadına Yönelik Şiddetin Erken Saptanmasına İlişkin Öneriler	n	%
Fikrim Yok	107	30.1
Eğitim	72	20.2
İyi Bir İletişim	39	11.0
Güven Sağlama	27	7.6
Fazla Vakit Ayırma	19	5.3
Kadının Gözlemlenmesi	17	4.8
Basın/Yayın Organlarında Konunun İşlenmesi	13	3.7
Kadına Destek Olma	12	3.4
Konunun Sorgulanması	10	2.8
Caydırıcı Cezalandırma	10	2.8
Kadına Yol Gösterme	9	2.6
Sağlık Çalışanlarının İş Yükünün Azaltılması	8	2.2
Şiddetle İlgili Kurumlar Açılması	8	2.2
Uzman ve Deneyimli Ekip Çalışması	4	1.1
TOPLAM	355	100.0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetinin erken saptanmasına ilişkin önerileri incelendiğinde; %30.1'inin fikrim yok, %20.2'sinin eğitim, %11.0'ının iyi bir iletişim ve %1.1'inin uzman ve deneyimli ekip çalışması yanıtını vermişlerdir(Tablo 11).

3.3. Ölçeğin Türk Toplumuna Uyarlama Çalışmaları

Bu bölümde ölçek uyarlama çalışmalarında önerilen psikolinguistik özelliklerin incelediği dil uyarlamasına ve psikometrik özelliklerin incelendiği geçerlik ve güvenilirlik verilerine yer verilmiştir.

3.3.1. Ölçeğin Dil Uyarlaması

Dil Uyarlaması kapsamında çeviri tekniği olarak grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri kullanılmıştır (9). Ölçek, kadına yönelik şiddet konusunda çalışan, Türkçe ve İngilizce dillerini akıcı bir şekilde kullanabilen altı uzman tarafından (iki Halk Sağlığı öğretim üyesi, iki Halk Sağlığı uzmanı, bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği öğretim üyesi ve bir Halk Sağlığı Hemşireliği öğretim üyesi) İngilizce'den Türkçe'ye bağımsız olarak çevrilmiştir. İki araştırmacı, her madde için en uygun çeviriyi değerlendirerek ortak bir Türkçe metin oluşturmuştur. Dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlilik açısından bazı sözcük ve tümceler incelenerek, Türkçe metni hazırlanmıştır. Ölçek geri çeviri yöntemi ile Türkçe ve İngilizce'yi iyi derecede bilen bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilip ve özgün formu ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda yapılan değişiklikler aşağıda özetlenmiştir:

- Özgün ölçekte yer alan “Health Care Provider” tanımlamasının birebir Türkçe çevirisi “Sağlık Bakım Sağlayıcıları” şeklindedir. Ancak ülkemizde bu tanımlama yaygın olarak kullanılmadığından, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlik açısından uzmanların da görüşleri doğrultusunda “Sağlık Çalışanları” kavramının kullanılması tercih edilmiştir.
- Özgün ölçekte yer alan “Intimate Partner Violence” tanımlamasının birebir Türkçe çevirisi “Yakın Partner/Eş Şiddeti”dir. Ancak ülkemizde bu kavramın daha iyi somutlaşması için ve araştırılmak istenen eş şiddetinin kimden kime yönelik olduğunun da vurgulanması açısından “Intimate Partner Violence” tanımlaması dilimize “Kadına Yönelik Eş Şiddeti” olarak çevrilmiştir.
- Tüm bu düzenlemeler doğrultusunda orijinal adı “Health Care Provider Survey of Intimate Partner Violence Attitudes and Practice” olan ölçek ismi dilimize “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları” şeklinde çevrilmiştir.
- Ölçek, aile içinde şiddet olayını yaşayan bir kadın senaryosu ile başlamaktadır. Özgün ölçekte bu kadına takma bir isim verilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında takma isim kullanmanın etik sorunlar yaratabileceği düşüncesi ile senaryoda “AB” kodlaması kullanılmıştır.

- Kırk üç maddeden oluşan özgün ölçek maddelerinde suistimal, taciz, istismar anlamına gelen “abuse” kelimesi, dilimize “şiddet” olarak çevrilmiştir. Bu şekilde çevrilmesindeki neden, ülkemizde kadın istismarı kavramının yerine yaygın olarak “kadına yönelik şiddet” tanımlamasının kullanılmasıdır.

3.3.2. Ölçeğin Psikometrik Analizleri

3.3.2.1. Ölçek Geçerlik Bulguları

İçerik geçerliği kapsamında, çoğul uzman görüşüne dayalı içerik analizi kullanılmıştır. Ölçeği oluşturan maddelerin dil uygunluğu, açıklığı, anlaşılabilirliği ve anlamlılık yönünden değerlendirmeleri ve öneri vermeleri için ölçek kadına yönelik şiddet alanında çalışan altı uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Her bir madde değerlendirilirken (a) veya (b) seçeneği seçerek işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) elde edilmiştir. Kırk üç maddenin KGI değerleri genel olarak 1-0.83 arasında bulunmuş olup uzmanlarla görüşülerek 0.80 altında (0.66) değere sahip olan 11., 18., 26., 33., 38. ve 42. maddelerde yeniden düzenleme yapılmıştır.

Ölçek formu örneklem grubu dışında 20 hemşireye uygulanarak maddelere ilişkin düşünceleri ve maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığı sorulmuştur. Alınan geri bildirimler sonucunda ölçek maddelerinin uygunluğuna karar verilmiştir. Ön uygulama yapılan hemşireler örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

Tablo 12. Ölçek Maddelerinin KGI Değerleri

Ölçek Maddeleri	KGI Değerleri	Düzenlemeden Sonraki KGI Değerleri
Madde 1	0.83	0.83
Madde 2	0.83	0.83
Madde 3	1	1
Madde 4	1	1
Madde 5	1	1
Madde 6	1	1
Madde 7	1	1
Madde 8	1	1
Madde 9	0.83	0.83
Madde 10	1	1
Madde 11	0.66	0.83
Madde 12	1	1
Madde 13	0.83	0.83
Madde 14	1	1
Madde 15	1	1
Madde 16	0.83	0.83
Madde 17	1	1
Madde 18	0.66	0.83
Madde 19	0.83	0.83
Madde 20	1	1
Madde 21	1	1
Madde 22	1	1
Madde 23	0.83	0.83
Madde 24	1	1
Madde 25	1	1
Madde 26	0.66	1
Madde 27	1	1
Madde 28	0.83	0.83
Madde 29	0.83	0.83
Madde 30	0.83	0.83
Madde 31	0.83	0.83
Madde 32	0.83	0.83
Madde 33	0.50	0.83

Ölçek Maddeleri	KGI Değerleri	Düzenlemeden Sonraki KGI Değerleri
Madde 34	0.83	0.83
Madde 35	0.83	0.83
Madde 36	0.83	0.83
Madde 37	1	1
Madde 38	0.66	0.83
Madde 39	0.83	0.83
Madde 40	0.83	0.83
Madde 41	0.83	0.83
Madde 42	0.66	0.83
Madde 43	0.83	0.83

Yapı geçerliği kapsamında, doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuştur. Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü (yeterliliği) dikkate alınması gereken önemli konulardandır. Örneklemin yeterliliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kullanılmaktadır. Bu kapsamda araştırmadan elde edilen KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.89 ve Barletts Test of Sphericity ($\chi^2 = 6063,51$ $p < 0.000$) örneklem sınama büyüklüğü analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur (68).

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında, ölçeğin orijinal faktör yapısının doğrulanması için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA analizi için hazırlanan modelde ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi sekiz faktörlü bir yapısal model kurulmuştur. 2,8, 14, 15, 16, 17, 23, 27 inci maddeler **Hazır Hissetme** boyutu, 3,11, 13, 19, 26, 29, 41 inci maddeler **Kendine Güven** boyutu, 1, 4, 6, 7, 9, 21, 39 uncu maddeler **Uygulayıcının Kontrol Eksikliği** boyutu, 24, 25 inci maddeler **Konuyu Açmada Rahatlık** boyutu, 28, 40, 42, 43 üncü maddeler **Profesyonel Destekler** boyutu, 12, 31, 34, 36, 37 inci maddeler **Uygulamadaki Engeller** boyutu, 5, 10, 18, 20, 22, 30 uncu maddeler **Şiddet Araştırması** boyutu ve 32, 35, 38 inci maddeler **Uygulayıcıların Sonuçları Sorgulaması** boyutu olarak alt ölçekler oluşturulmuş ve oluşturulan sekiz faktörlü model analiz edilmiştir. T değeri 1.96 nın üzerinde ise o faktör yükü anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ölçeğin 33. maddenin t değeri 0.11 olması nedeni ile ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür.

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeği için yapılan DFA analizi sonucunda, test edilen modelin uyum iyiliği indeksleri Tablo13'de verilmektedir.

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği İçin Yapılan DFA Sonuçları

Model-1	χ^2	GFI	AGFI	CFI	S-RMR	RMSEA	χ^2/df
Sekiz Faktörlü Yapı	2643.75, df=791;p=0,00	0,96	0,96	1.00	0,074	0,081	3,34

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeği için yapılan DFA sonuçları incelendiğinde ki-kare= 2643,75 df=791 p=0,00 GFI=0,96 AGFI=0,96 CFI=1.00 S-RMR=0,074 RMSEA=0,081 ve $\chi^2/df=3,34$ olarak elde edilmiştir. Aşağıdaki tabloda maddeler faktör yükleri ile verilmektedir.

Tablo 14. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğine Ait Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları

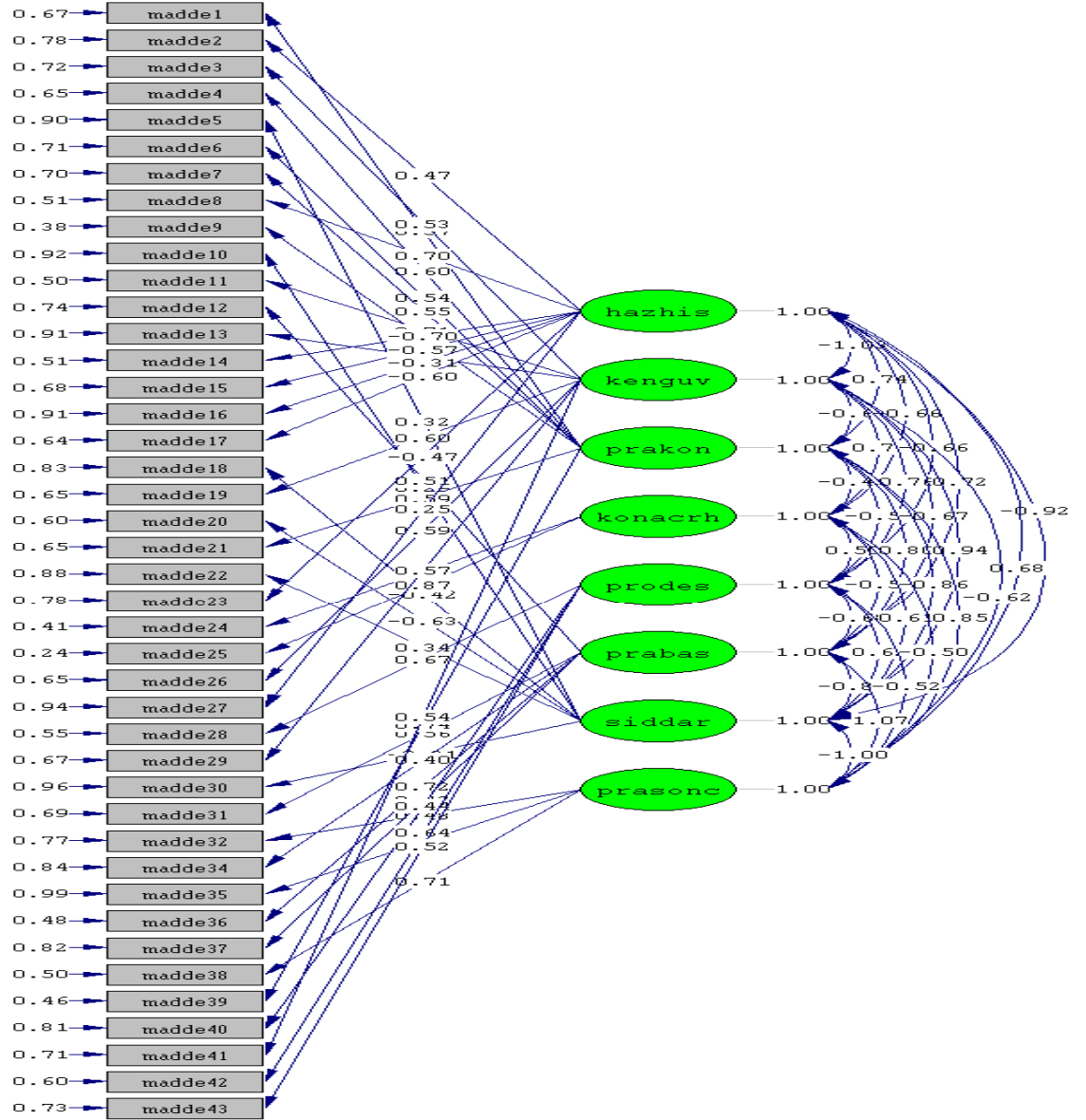
Maddeler	Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeğinin alt boyutları								R ² DEĞER	T
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8		
	Faktör Yükleri (λ_x)									
2	0,36	-	-	-	-	-	-	-	0,22	13,46
8	0,52	-	-	-	-	-	-	-	0,49	17,60
14	0,42	-	-	-	-	-	-	-	0,49	15,53
15	0,38	-	-	-	-	-	-	-	0,32	14,44
16	0,38	-	-	-	-	-	-	-	0,09	14,47
17	0,34	-	-	-	-	-	-	-	0,36	13,17
23	0,27	-	-	-	-	-	-	-	0,22	10,72
27	0,43	-	-	-	-	-	-	-	0,06	15,67
3	-	0,37	-	-	-	-	-	-	0,28	13,48
11	-	0,42	-	-	-	-	-	-	0,50	14,90
13	-	0,52	-	-	-	-	-	-	0,08	16,58
19	-	0,41	-	-	-	-	-	-	0,35	14,65
26	-	0,29	-	-	-	-	-	-	0,35	11,07
29	-	0,34	-	-	-	-	-	-	0,33	12,55
41	-	0,34	-	-	-	-	-	-	0,29	12,72
1	-	-	0,45	-	-	-	-	-	0,33	15,71
4	-	-	0,51	-	-	-	-	-	0,35	17,22
6	-	-	0,40	-	-	-	-	-	0,29	14,18
7	-	-	0,42	-	-	-	-	-	0,30	15,10
9	-	-	0,58	-	-	-	-	-	0,62	19,47
21	-	-	0,37	-	-	-	-	-	0,35	13,18
39	-	-	0,47	-	-	-	-	-	0,54	16,49
24	-	-	-	0,41	-	-	-	-	0,59	6,10
25	-	-	-	0,43	-	-	-	-	0,76	6,27
28	-	-	-	-	0,38	-	-	-	0,45	10,09
40	-	-	-	-	0,33	-	-	-	0,19	8,46

Maddeler	Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeğinin alt boyutları									
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8		
	Faktör Yükleri (λ_x)								R ² DEĞER	T
42	-	-	-	-	0,42	-	-	-	0,40	9,77
43	-	-	-	-	0,38	-	-	-	0,27	9,35
12	-	-	-	-	-	0,35	-	-	0,26	12,31
31	-	-	-	-	-	0,39	-	-	0,31	13,50
34	-	-	-	-	-	0,70	-	-	0,16	18,87
36	-	-	-	-	-	0,49	-	-	0,52	15,83
37	-	-	-	-	-	0,31	-	-	0,18	11,09
5	-	-	-	-	-	-	0,26	-	0,10	8,83
10	-	-	-	-	-	-	0,24	-	0,08	8,18
18	-	-	-	-	-	-	0,31	-	0,17	9,57
20	-	-	-	-	-	-	0,40	-	0,40	10,56
22	-	-	-	-	-	-	0,18	-	0,12	6,94
30	-	-	-	-	-	-	0,36	-	0,04	10,28
32	-	-	-	-	-	-	-	0,39	0,23	6,26
35	-	-	-	-	-	-	-	0,09	0,00	3,34
38	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,50	6,66

Sekiz maddeden oluşan “Hazır Hissetme” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,27 ile 0,52 arasında değerler almaktadır. Yedi maddeden oluşan “Kendine Güven” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,29 ile 0,52 arasında değerler almaktadır. Yedi maddeden oluşan “Uygulayıcının Kontrol Eksikliği” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,37 ile 0,58 arasında değerler almaktadır. İki maddeden oluşan “Konuyu Açmada Rahatlık” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,41 ile 0,43 arasında değerler almaktadır. Dört maddeden oluşan “Profesyonel Destekler” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,33 ile 0,42 arasında değerler almaktadır. Beş maddeden oluşan “Uygulamadaki Engeller” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,31 ile 0,70 arasında değerler almaktadır. Altı

maddeden oluşan “Şiddet Araştırması” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,18 ile 0,40 arasında değerler almaktadır. Üç maddeden oluşan “Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması” alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,09 ile 0,44 arasında değerler almaktadır. Söz konusu faktör yüklerine ait katsayıların istatistiki olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

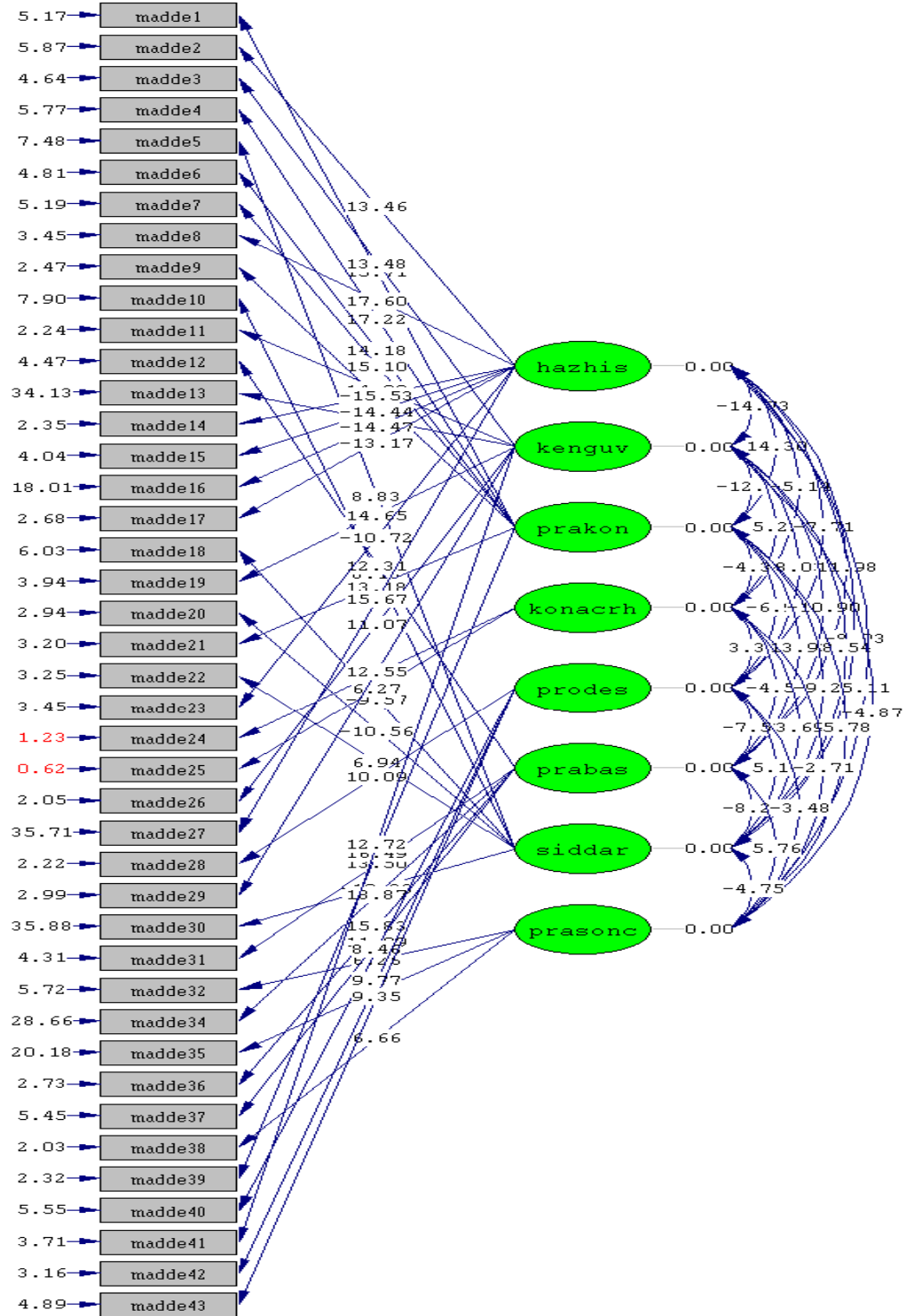
Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları ölçeğine ait iz (path) diagramı standart değerler ile birlikte Grafik 1’de verilmektedir.



Chi-square=2643.75, df=791, P-value=0.00000, RMSEA=0.081

Grafik 1. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğine ait iz (path) diagramı t değerleri ile birlikte Grafik 2’de verilmektedir.



Chi-square=2643.75, df=791, P-value=0.00000, RMSEA=0.081

Grafik 2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin t Değerleri İle Birlikte Path Grafiği

3.3.2.2. Ölçek Güvenilirlik Bulguları

Ölçeğin İç Tutarlılığına Ait Bulgular

Bu çalışmada, ölçeğin güvenilirliğini saptamak üzere; normal dağılıma uygunluk analizleri; çarpıklık ve diklik katsayıları, histogram grafiği, Kolmogorov Smirnov Testi, normal dağılıma uygunluk grafiği kullanılmıştır. Ölçeğin iç güvenilirliğini saptamak üzere; Cronbach's Alpha katsayısı, madde ortalama puan korelasyonlarının karşılaştırılmasında; Pearson Momentler çarpımı korelasyonu, zamana göre değişmezliğin belirlenmesinde; Pearson Momentler çarpımı korelasyonu kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeylerin belirlenmesinde $p=0.05$ değeri göz önünde bulundurulmuştur (77).

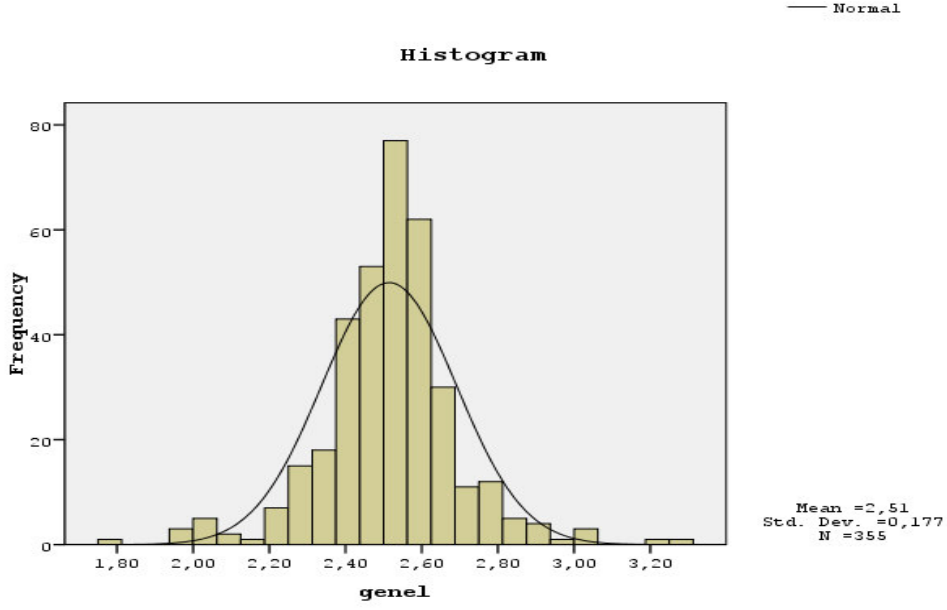
Normal Dağılıma Uygunluk Analizi İle İlgili Bulgular

Verilerin normal dağılıma uygunluğunu saptamak için dağılım “çarpıklık” ve “diklik” katsayıları, histogram grafiği ve dağılımın normal dağılıma uygunluk analizi (Kolmogorov-Smirnov Testi) ve grafiği yardımıyla değerlendirilmiştir (6).

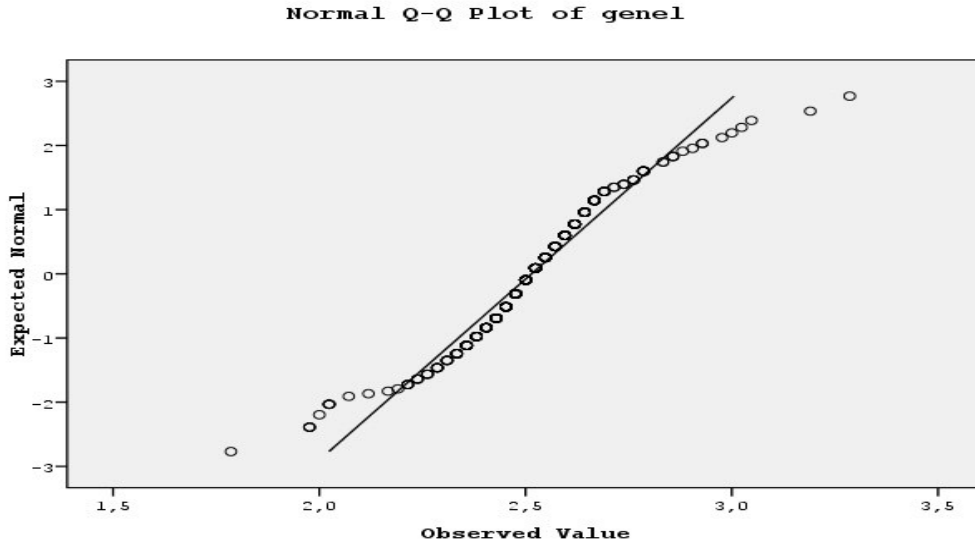
Tablo 15. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Hakkındaki Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktörlerin Madde Toplam Puanına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Minimum Değer	Maximum Değer	Çarpıklık	Standart Hata	Diklik	Standart Hata
Ölçek Madde Puan	2.51	0.17	0.09	1.79	3.29	-.014	0.12	3.060	0.25

Ölçeğin madde puan ortalaması 2.51 ± 0.17 , çarpıklık değeri (skewness) $-.014 \pm 0.12$ ve diklik değeri (kurtosis) 3.060 ± 0.25 olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Ölçeğin madde puan ortalamasına ilişkin histogram eğrisi Grafik 3’de gösterilmiştir. Bu verilere göre ölçek dik bir dağılım göstermekte olup, normal dağılıma uygunluk göstermemektedir.



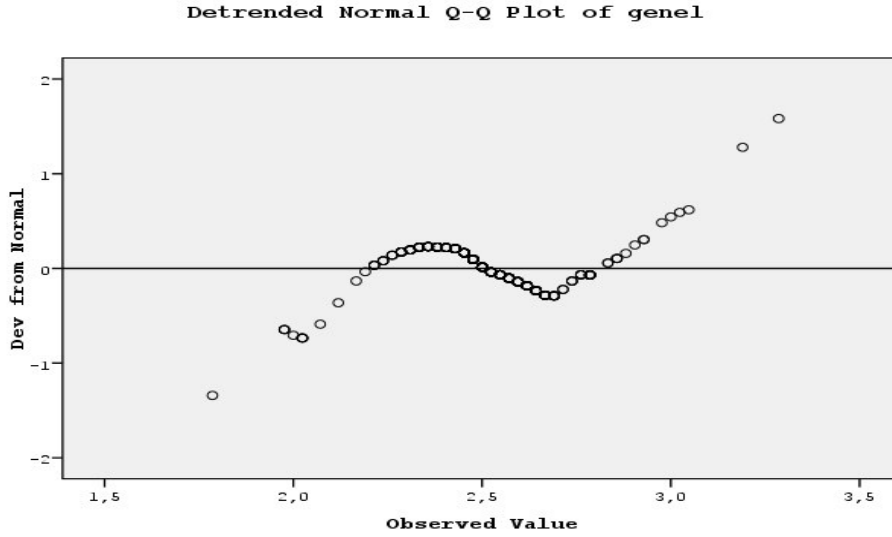
Grafik 3. Ölçek Madde Puanlarının Histogramı



Grafik 4. Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Normal Dağılıma Uygunluğu

Çalışmada dağılımın normal dağılıma uygunluk analizi için Kolmogorov-Smirnov testine başvurarak “ölçek puan ortalamasına ilişkin verilerin dağılımı ile normal dağılım arasındaki fark anlamlı mı?” sorusunun yanıtı aranmıştır. Test sonucunda elde edilen p değeri (Kolmogorov-Smirnov Z=0.096, P=0.000) 0.05’ten küçük olduğu için fark anlamlıdır, diğer

bir deyişle incelenen dağılım normal dağılıma uygun değıildir. Bu dağıılımın normal dağılıma uygun olmadığı Grafik 4'te görülmektedir.



Grafik 5. Ölçek Puan Ortalamalarının Normalden Sapmalarını Gösteren Detrended Grafiğı

Ölçek puan ortalama değerlerin, gözlenen değerleri ile beklenen değerleri arasındaki farkları diğer bir ifade ile değerlerin sıfır çizgisinden sapmaları Detrended İhtimal Grafiğı'nde gösterilmiştir (Grafik 5). Ölçek puan ortalama değerlerinin normal dağılıma uygun beklenen değerlerden ne kadar saptığı daha net olarak görülebilmektedir.

Ölçeğin maddelerine verilen yanıtlar, likert tipi bir değerlendirme içerdiği için, ölçeğin iç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 16. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Faktör Grupları	Maddeler	Chronbach's Alpha	Orijinal Ölçekteki Chronbach's Alpha
Faktör 1. Hazır Hissetme	2,8,14,15,16,17,23,27	0.31	0.89
Faktör 2. Kendine Güven	3,11,13,19,26,29,41	0.79	0.79
Faktör3.Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	1,4,6,7,9,21,39	0.81	0.79
Faktör4.Konuyu Açmada Rahatlık	24,25	0.80	0.77
Faktör 5.Profesyonel Destekler	28,40,42,43	0.64	0.74
Faktör6. Uygulamadaki Engeller	12,31,34,36,37	0.72	0.73
Faktör 7.Şiddet Araştırması	5,10,18,20,22,30	0.29	0.71
Faktör8.Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	32,35,38	0.51	0.59
Genel Ölçek	Tüm Maddeler	0.66	-

Faktör gruplarının Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde; hazır hissetme boyutu için 0.31, kendine güven boyutu için 0.79, uygulayıcının kontrol eksikliği boyutu için 0.81, konuyu açmada rahatlık boyutu için 0.80, profesyonel destekler boyutu için 0.64, uygulamadaki engeller boyutu için 0.72, şiddet araştırması boyutu için 0.29 ve uygulayıcının sonuçları sorgulaması boyutu için 0.51 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel Cronbach's Alpha değeri ise 0.66 olarak bulunmuştur.

Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Faktör Grupları Arasındaki Korelasyon

Faktör Grupları	Genel	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F1	r= 0.58 p= 0.00**							
F2	r= 0.15 p=0.00**	r=0.24 p=0.00**						
F3	r=0.52 p= 0.00**	r=0.07 p=0.00**	r=0.46 p=0.00**					
F4	r= 0.21 p= 0.00**	r=0.32 p=0.00**	r=0.56 p=0.00**	r=0.27 p=0.00**				
F5	r= 0.15 p= 0.00**	r=0.11 p=0.02**	r=0.49 p=0.00**	r=0.30 p=0.00**	r=0.25 p=0.00**			
F6	r=0.34 p= 0.00**	r=0.02 p=0.61*	r=0.49 p=0.00**	r=0.53 p=0.00**	r=0.30 p=0.00**	r=0.41 p=0.00**		
F7	r= 0.64 p= 0.00**	r=0.34 p=0.00**	r=0.02 p=0.70*	r=0.36 p=0.00**	r=0.03 p=0.55*	r=0.03 p=0.53*	r=0.17 p=0.00**	
F8	r= 0.41 p= 0.00**	r=0.06 p=0.26*	r=0.32 p=0.00**	r=0.41 p=0.00**	r=0.19 p=0.00**	r=0.25 p=0.00**	r=0.53 p=0.00**	r=0.17 p=0.00**

*p<0.05 ** p <0.01

Tablo 13’de faktörler arası korelasyon katsayıları ve p değerleri incelenmiştir. Sekiz faktörün korelasyon katsayıları 0.02-0.56 arasında bulunmuştur. P değerlerine göre; faktör 3 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 6 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 8 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 2 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 4 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 5 arasındaki ilişki anlamsız bulunurken diğer tüm ikili ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Faktörlerin genel ölçek puan ile korelasyonuna bakıldığında ise tüm ilişkiler anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 18. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Test-Tekrar Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Faktörler	Test		Tekrar Test		P değeri	Test-tekrar test korelasyonu	Korelasyon P değeri
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma			
F1	2.39	±0.18	2.38	±0.26	0.703	r= 0.915	0.000
F2	2.08	±0.34	2.00	±0.36	0.000	r= 0.930	0.000
F3	2.86	±0.43	2.92	±0.51	0.053	r= 0.920	0.000
F4	1.87	±0.43	1.87	±0.42	1.000	r= 0.897	0.000
F5	2.30	±0.46	2.24	±0.61	0.105	r= 0.887	0.000
F6	2.88	±0.42	2.92	±0.46	0.119	r= 0.917	0.000
F7	2.62	±0.35	2.65	±0.31	0.301	r= 0.904	0.000
F8	2.62	±0.49	2.64	±0.55	0.317	r= 0.979	0.000
Genel Ölçek	2.49	±0.14	2.49	±0.17	0.941	r= 0.903	0.000

Tablo 18’de “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları” ölçeğinin öntest-sontest karşılaştırması görülmektedir. Dağılım normal dağılıma uygun olmadığı için nonparametrik testlerden two related samples test olan Wilcoxon Test kullanılmıştır. Buna göre ikinci boyutta anlamlı fark görülmektedir($p < 0.05$).

Dağılım normal dağılıma uygun olmadığı için Spearman’ın sıra korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm faktörlerin ön test sontest korelasyonları 0.887 ile 0.979 arasında değerler aldığı görülmektedir. Test-tekrar test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$).

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

4.1. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %72.1'i kadın olduğu ve yaş dağılımlarının 22 yaş ile 62 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamaları ise 40.51 ± 6.42 'dir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu hekimler (%43.4) oluşturmakta olup, %27.6'sı ebe, %26.2'si hemşire ve %2.8'i sağlık memurudur. Sağlık çalışanlarının %41.1'inin uzman doktor olduğu saptanmıştır. Bu veri araştırma kapsamına alınan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun uzmanlık derecesinde olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Araştırma sonuçları ile benzer şekilde Gutmanis ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da araştırmaya katılanların %77.6'sı kadın ve 20 ile 60 yaş grubunda olduğu belirlenmiş, %42.1'inin hekim olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte ikisi (%80) Aile Sağlığı Merkezi(ASM)'nde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının %29.3'ünün 20 yıl ve daha fazla süredir birinci basamak hizmetlerde çalıştığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölgenin yapısı incelendiğinde; %70.7'sinin kentsel, %27.3'ünün kırsal/kentsel ve %2.0'ının kırsal alanlarda hizmet verdikleri belirlenmiştir. Gutmanis ve arkadaşların (2007) yapmış oldukları çalışmada araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %32.2'sinin aile sağlığı merkezlerinde %36'sının ise 10 yıl ve daha fazla süredir birinci basamak hizmetlerde görev yaptıkları belirlenmiştir.

4.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetine Yönelik Eğitim Durumları ve Mesleki Deneyimlerinin İncelenmesi

Eğitim, aile içinde şiddet yaşama riskini etkileyen bir özellik olarak tanımlanmaktadır. Erken eğitim ve farkındalıktaki artış toplumda kadına karşı şiddet uygulama sıklığında azalma sağlamaktadır (40). Şiddetin bir sağlık sorunu olarak tanımlanabilmesinde şiddete yönelik eğitimin önemli olduğu belirtilmektedir (98). Kıyak (2008)'in Konya'da yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin yalnızca %12.8'i şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddetin özellikle saptanmasında anahtar bir rol oynayabilecek hemşirelerin çoğunluğunun bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (73). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda farkındalıklarının düşük ve bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (24, 75). Başka çalışmalarda da (98, 40)

vurgulandığı gibi çalışanların bilgi yetersizliği kadına yönelik şiddetin tanınması ve saptanmasında önemli bir engel oluşturabilir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90.4'ünün öğrencilik yıllarında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almazken, %67.0'ının ise mezuniyet sonrası eğitim aldığı belirlenmiştir. Özellikle mezuniyet sonrası dönemdeki eğitim alma oranındaki yükseklikte 2008 yılında Sağlık Bakanlığı aile içi şiddet önleme projesi kapsamında İzmir'de yürütülen hizmet içi eğitimin programının etkili olduğu düşünülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin yalnızca %48'i eğitimlerinde aile içi şiddeti gördükleri belirlenmiştir (42). Gutmanis ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %61.5'inin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı saptanmıştır. Ülkemizde, Açık ve arkadaşlarının (2004) Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaptıkları araştırmada sağlık personelinin aile içi şiddet konusundaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğu görülmüştür. Bunun da nedeninin formal eğitimde bu konunun neredeyse hiç ele alınmamasından ve meslek içi eğitimlerin yetersiz olmasından kaynaklandığı vurgulanmıştır.

Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası (%67.6), kadına yönelik eş şiddeti vakası ile karşılaştığı belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddet vakası ile karşılaşanların %54.1'inin son bir yıl içinde 1-3 kez karşılaştığı belirlenmiştir.

Kamu görevlilerinin görevleri nedeniyle veya görevlerini yaparken bir suçun oluştuğunu öğrendikleri halde bunu yetkili organlara bildirmemeleri, TCK 279. maddedeki suç oluşturur. Ayrıca görevlilerin özelliği gereği, mesleklerini yaparlarken, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin öğrendikleri suç bildirme yükümlülükleri TCK 280. maddede düzenlenmiştir (81). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %85.4'ünün şiddet olayı karşısında polise haber vermediği, %93.0'ının ise şiddet olayı karşısında sosyal hizmet kurumunu aramadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına benzer Gutmanis ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada da araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %63.1'inin 20'den az vaka ile karşılaştığı %49.7'sinin yakınlarının şiddet deneyimi yaşamadığı, %61.5'inin şiddet olayı karşısında sosyal hizmetleri aramadığı ve %81.2'sinin şiddet olayı karşısında polisi aramadığı belirlenmiştir. Kandemir (2007)'in Şanlıurfa Viranşehir'de yaptığı çalışmada günlük tıbbi mesleki uygulamaları sırasında karşılaştıkları şiddet vakalarını sağlık personelinin %20.6'sının adli kurumlara ve polise sevk ettiği belirlenmiştir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Erken Saptanmasındaki Engeller ve Çözümlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları aile içi şiddeti belirlemede ve çözüm geliştirmede eşsiz bir konuma sahiptir. Ancak uygulamada hekimlerin bu konudaki yaptıkları oldukça sınırlıdır. Hekimlerin karşılaştıkları bazı engel ve zorluklar; aile içi şiddetin kapsamlı ve stresli bir konu olduğu, bu konuya ayıracak yeterli zaman olmadığı, aile içi şiddetle başa çıkmada yeterliliklerin ve deneyimlerinin azlığı ya da yokluğu, aile içi şiddetle uğraşan kurum ve kuruluşlar konusunda bilgi eksikliği şeklinde tespit edilmiştir (65).

Ülkemizde her üç kadından biri fiziksel şiddet yaşamaktadır (11). Son yıllarda kaydedilen gelişmelere rağmen, sağlık hizmet göstergeleri, sağlık kurumlarında kadına yönelik aile içi şiddetin bir sağlık sorunu olarak ele alınma ve müdahale edilme düzeyinin çok düşük olduğunu göstermektedir. Sağlık personeli aile içi şiddetin ortaya çıkarılmasında ve müdahalesinde çeşitli nedenlerle engelleyici bir tutum gösterebilir. Bu tutumlar; yadsıma (hiçbir şey olmamış gibi kendilerini konudan uzak tutmaya çalışırlar), gerekçelendirme (şiddet mağdurlarına nasıl müdahale edeceğini bilmemesi), küçümseme (şiddet sonucu yaşadığı acı ve sorunları küçümseme), özdeşleştirme (sağlık personelinin olaydan etkilenmesi ve konudan uzaklaşması) ve akıl yürütme (kadına ne yapması gerektiğini söyleme) gibi tutumlar şiddete maruz kalan kadınların yaşadıkları şiddeti paylaşmalarında engelleyici rol oynamaktadır (81). Yürütülen araştırmada, kadına yönelik eş şiddetinin erken saptanmasındaki engellere ilişkin sağlık çalışanlarının %41.7'si herhangi bir görüş belirtmezken, %16.3'ünün kadının şiddeti saklaması, %8.2'sinin kadının korkması, %6.4'ünün geleneksel yaklaşım, %5.9'unun sağlık personelinin zaman ayıramaması, %5.6'sının aile baskısı, %5'inin kadının şiddeti kabul etmesi, %4.8'inin ailedeki maddi/manevi sorunlar, %3.7'sinin eğitim eksikliği ve %2.2'sinin güvenli ortamın olmamasını engel olarak sıralamıştır. Araştırma bulguları ile benzer Davas ve arkadaşlarının (2003) acil serviste çalışan sağlık personeline yaptıkları çalışmada; sağlık çalışanlarından kaynaklı engelleri eğitimsizlik, aile içi şiddetle ilgili yasal sürecin bilinmemesi, zamansızlık, iş yükünün fazla olması, sağlık çalışanlarının yardım edemeyeceği düşüncesi, sağlık çalışanlarının da toplumla aynı önyargıları paylaşması, sağlık çalışanların kendisinin de aile içi şiddete maruz olması, sağlık çalışanlarının yetkisinin az olması ve şiddeti sorgulamaktan utanmaları olarak belirtilmiştir. Başvuran kaynaklı engeller olarak ise; kadının şiddeti kabul etmesi ve saklaması, kadının aynı ortama dönecek olması, şiddetin tekrarından korkması, yasal hakların bilinmemesi ve utanma olarak belirtilmiştir (25).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddetinin erken saptanmasına ilişkin önerileri incelendiğinde; %30.1'inin fikrim yok, %20.2'sinin eğitim, %11.0'ının iyi bir iletişim ve %1.1'inin uzman ve deneyimli ekip çalışması yanıtını vermişlerdir. Literatürde şiddete maruz kalan kadınların çaresizlik ve korku nedeniyle olayı gizlediği, çekingen ve uğradığı şiddetten dolayı kendini suçlayan bireyler olduğundan söz edilmektedir (10).

4.4. Ölçeğin Psikometrik Analizlerinin İncelenmesi

4.4.1. Ölçek Geçerliliğinin İncelenmesi

İçerik geçerliği kapsamında, çoğul uzman görüşüne dayalı içerik analizi kullanılmış ve ölçek formu kadına yönelik şiddet alanında uzman altı öğretim üyesi tarafından (iki Halk Sağlığı öğretim üyesi, iki Halk Sağlığı uzmanı, bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği öğretim üyesi ve bir Halk Sağlığı Hemşireliği öğretim üyesi) değerlendirilerek ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliği gözden geçirilmiştir. Uzman görüşü hangi aşamada alınırsa alınsın amaç ölçekteki ifadelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini sorgulamaya yöneliktir. Uyarılma çalışmalarında alınan uzman görüşü Türkçeleştirilen ifadelerin anlam ve anlaşılabilirliğinin kontrolüne ilişkin olmalıdır (35). Her bir madde değerlendirilirken (a) veya (b) seçeneği seçerek işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) elde edilmiştir. Kırk üç maddenin KGI değerleri genel olarak 1-0.83 arasında bulunmuş olup uzmanlarla görüşülerek 0.80 altında (0.66) değere sahip olan 11., 18., 26., 33., 38. ve 42. maddelerde yeniden düzenleme yapılmıştır.

Yapı geçerliği kapsamında doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuştur. Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü (yeterliliği) dikkate alınması gereken önemli konulardandır. KMO örneklem yeterliliği ölçütü, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran indekstir. Bir ölçeğin KMO değeri 0.70-0.79 arasında ise “iyi”, 0.60-0.69 arasında ise “orta” olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda araştırmadan elde edilen KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.89 ve Barlett's Test of Sphericity ($\chi^2 = 6063,51$ $p < 0.000$) örneklem sınıma büyüklüğü analizi değerinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur (68).

Son yıllarda uyarlanması yapılan ölçeklerin yapı geçerliliğinin bir göstergesi olarak “Doğrulayıcı Faktör Analizi” sıklıkla kullanılmaktadır (28, 77). Bu kapsamda maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini, belirlenen alt yapıların ölçeğin orijinal yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için “Doğrulayıcı Faktör Analizi” kullanılmıştır. Genel olarak doğrulayıcı faktör analizleri belirli değişkenlerin bir

kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şekildeki bir ön beklentinin sınanmasına dayanmaktadır. Bu nedenle analizde yer alacak değişkenler, kuramın sayıtlıları doğrultusunda seçilmektedir ve bu değişkenlerin istenilen faktörlerde ne oranda yer aldıklarına bakılmaktadır. LISREL gibi yapısal eşitlik modelleri (YEM) programları ile yapılan doğrulayıcı faktör analizinde örtük değişkenler olarak tanımlanan faktörler arası ilişkiler, faktör ağırlıkları ve karşılaştırmalı modeller sınanabilir ve her bir modelin uygunluk derecesi elde edilebilir (72). LISREL programı modelin veriye uyumunun farklı yönlerini, farklı ölçütler temelinde değerlendiren çok sayıda uyum indeksi sunmaktadır. Bunlar Ki Kare(χ^2) Uyum Testi (Chi-Square Goodness of Fit), Uyum İyiliği Testleri (Goodness of Fit) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri(Comparative Fit Indices) olmak üzere üç grupta toplanabilir (72).

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusundaki Tutum ve Uygulamaları ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında, ölçeğin araştırmacı tarafından izni alınarak kullanılan orijinal faktör yapısının doğrulanması için DFA(Doğrulayıcı Faktör Analizi) uygulanmıştır. DFA analizi için hazırlanan modelde ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi sekiz faktörlü bir yapısal model kurulmuştur. 2,8, 14, 15, 16, 17, 23, 27 inci maddeler **Hazır Hissetme** boyutu, 3,11, 13, 19, 26, 29, 41 inci maddeler **Kendine Güven** boyutu, 1, 4, 6, 7, 9, 21, 39 uncu maddeler **Uygulayıcının Kontrol Eksikliği** boyutu, 24, 25 inci maddeler **Konuyu Açmada Rahatlık** boyutu, 28, 40, 42, 43 üncü maddeler **Profesyonel Destekler** boyutu, 12, 31, 34, 36, 37 inci maddeler **Uygulamadaki Engeller** boyutu, 5, 10, 18, 20, 22, 30 uncu maddeler **Şiddet Araştırması** boyutu ve 32, 35, 38 inci maddeler **Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması** boyutu olarak alt ölçekler oluşturulmuş ve oluşturulan sekiz faktörlü model analiz edilmiştir. T değeri 1.96 nın üzerinde ise o faktör yükü anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ölçeğin 33. maddenin t değeri 0.11 olması nedeni ile ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür.

Serbestlik derecesi testinde (Sd), χ^2 testinde önemli bir ölçüttür. Sd'nin büyük olduğu durumlarda da χ^2 anlamlı sonuçlar verme eğilimindedir. Bu nedenle bazı durumlarda Sd'nin χ^2 'ye oranı da yeterlik için bir ölçüt olarak kullanılabilir (54). Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/Sd) oranının 5'ten küçük olmasını iyi uyumun göstergesi olarak yorumlanmaktadır. Araştırmada modelin χ^2/Sd oranı 5'ten küçük bulunmuş (3.34) ve bu değer iyi uyum iyiliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Uyum İyiliği İndeksi (GFI) modelin örneklemdaki varyans-kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir ve modelin açıkladığı örneklem varyansı olarak da kabul edilir. GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir ve örneklem genişliğine çok duyarlı olduğu için büyük örneklem gruplarında daha küçük değerler verir,

0.90 ve üzeri değer iyi uyum olarak kabul edilir. Ayarlanabilen Uyum İyiliği İndeksi (AGFI), örneklem genişliği dikkate alınarak düzeltilmiş olan bir GFI modelidir. AGFI değerleri de 0 ile 1 arasında değişir, 0.95 ve üzeri değer mükemmel uyum, 0.90 ve üzeri değer ise tatminkar düzeyde uyum olarak kabul edilir (54). Bu alışmada GFI ve AGFI uyum iyiliği indeksleri birbirine eşit olup yüksek uyum değerleri vermektedir (GFI=0.96 ve AGFI=0.96). Bu uyum iyiliği indeksleri test edilen model için model-veri uyumunun sağlandığını göstermektedir. Bu araştırma kapsamında uygulanan “Sağlık alışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları” leğinin orijinal ölçekte olduğu gibi sekiz faktörlü bir yapıya sahip olduğu gözlenmiştir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), örneklemede gözlenen değişkenler arasındaki kovaryansla modelde önerilen parametreler arasındaki farkın, diğer bir deyişle hatanın derecesi temelinde geliştirilmiş olan mutlak uyum indeksidir. GFI ve AGFI'nin tersine 0'a yakın değerler vermesi beklenir. 0.05'e eşit ya da daha küçük olan değerler mükemmel, 0.08 ve altındaki değerler de model karmaşıklığı dikkate alınarak kabul edilebilir değerler olarak görülebilir(54). Bu alışmada RMSEA değeri 0.08 olarak elde edilmiştir. Bu değerin RMSEA için kabul edilebilir değer olan 0.08 kritik değerini kapsadığı anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak yapılan “Doğrulamalı Faktör Analizi”ndeki modelin Gutmanis ve arkadaşları (2004) tarafından belirlenen sekiz alt boyutun (hazır hissetme, kendine güven, pratisyenin kontrol eksikliği, konuyu açmada rahatlık, profesyonel destekler, pratik baskılar, Şiddet araştırması ve pratisyenlerin sonuçları sorgulaması) Türk toplumunda da sağlık çalışanlarının, kadına yönelik Şiddet konusunda tutum ve uygulamaları ölçtüğüne ilişkin geçerli kanıtları ortaya koyduğu saptanmıştır.

4.4.2. Ölçek Güvenilirliği

Güvenilirlik, her lme aracının taşıması gereken temel özelliktir ve bir lme aracının hatalardan arınık olarak lme yapabilme yeteneğidir. Aracın verilerinin doğru toplandığını ve yinelenebilir olduğunu bu özellik belirler(34,30). Kısaca test güvenilirliği yanıtlar arası tutarlılıktır(88).

Verilerin normal dağılıma uygunluğunu saptamak için dağılım “arpıklık” ve “diklik” katsayıları, histogram grafiği ve dağılımın normal dağılıma uygunluk analizi(Kolmogorov-Smirnov Testi) yardımıyla değerlendirilmiştir(6).

İstatistiğin en önemli konularından biri dağılımın özelliğidir. Parametrik testlerin tümünün uygulanabilmesi için gereken varsayımların başında verilerin dağılımının normal olması gelir(4). Bu çalışmada da verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu saptamak için dağılım, çarpıklık ve diklik katsayıları, histogram, dağılımın normal dağılıma uygunluk analizi yardımı ile değerlendirilmiştir.

Bir veri grubu dağılımının kuramsal bir dağılım olan dağılıma tam olarak uyması beklenmez. Dağılım normal dağılıma göre daha sivri ya da yaygın olacak yada bir yana doğru kayma gösterecektir. Bu farklılıkların kabul edilebilir sınırlar içinde olup olmadığı, dağılımın çarpıklık ve diklik katsayıları ile saptanabilir(6). Çarpıklık katsayısı -1 ve +1 arasında bir değerdir ve normal bir dağılım için diklik ve basıklık indeksleri 0'dır(41). Bu çalışmada verinin çarpıklık katsayısı -0.12, bu değer ± 1.96 içerisinde olduğu için anlamlı olarak kabul edilemez, sonuçta dağılım simetrik dağılım olarak kabul edilebilir. Ancak elde edilen -0.12 değeri, dağılımın sola çarpık bir dağılım olduğunu diğer bir deyişle deneklerin ölçek puan ortalamalarının ortalamadan daha büyük değerlerde toplandığını göstermiştir.

Dağılımın diklik katsayısı 12.25'dir. Bu değer ± 1.96 içerisinde olmadığı için anlamlı kabul edilir, sonuçta dağılım simetrik bir dağılım olarak kabul edilemez.

Dağılımın yaygınlığını gösteren Histogram grafiğinde de verilerin normal bir dağılım göstermediği fark edilmektedir. Çalışmada dağılımın normal dağılıma uygunluk analizi için Kolmogorov-Smirnov testine başvurulurak "ölçek puan ortalamasına ilişkin verilerin dağılımı ile normal dağılım arasındaki fark anlamlı mı?" sorusunun yanıtı aranmıştır. Test sonucunda elde edilen p değeri (Kolmogorov-Smirnov $Z= 0.096$, $p=0.00$) 0.05'ten küçük olduğu için fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, diğer bir deyişle incelenen dağılım normal dağılıma uygun değildir. Araştırma kapsamına alınan grubu farklı eğitim seviyesi ve görevlerdeki sağlık çalışanları oluşturduğu için, ölçek maddelerini algılama ve verilen yanıtların farklı olması beklendiği bir durumdur. Bu nedenle dağılım normal dağılıma uymamaktadır.

Normallik analizi yapılırken dağılımdaki verilerin gözlenen ve beklenen değerlerinin bir grafik üzerinde gösterildiği Normal İhtimal Grafiği (Normal Probability Plot) kullanılabilir. Üzerinde çalışılan örneklem normal dağılım gösteren bir yığından alındıysa değerlerin bir doğru üzerinde veya etrafında toplanması gerekir (3). Bu çalışmada Grafik 4 incelendiğinde, ölçek puan ortalaması değerinin doğru etrafında toplandığı görülmektedir.

Üzerinde çalışılan değerlerin, gözlenen değerleri ile normal dağılım olduğu takdirde beklenen değeri arasındaki farkların bir diğer ifade ile, değerlerin sıfır çizgisinden sapmaları bu çalışmada “Detrended İhtimal Grafiği”nde gösterilmiştir. Bu ihtimal grafiğinde beklenen noktaların dikey eksendeki 0’dan çizilen yatay çizgi etrafında bir fonksiyon biçimi oluşturmadan rastgele dağılması beklenir. Eğer böyle bir dağılım mevcut ise, verilerin normal veya normale yakın dağıldığı söylenebilir (3). Bu çalışmada da Grafik 5’te ölçek puan ortalama değerlerinden normal dağılıma uygun beklenen değerlerden sapan değerler sıfır yatay çizgisi etrafında daha net olarak görülmektedir.

Ölçeğin maddelerine verilen yanıtlar, likert tipi bir değerlendirme içerdiği için, ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır (77). Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları yüksek olmaktadır. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (9). Güvenilirlik katsayısında alt sınır çoğunlukla 0.70 olarak kabul edilmektedir. Alfa katsayısı olabildiğince bire yakın olmalıdır (9). Alfa değerlerinin 0.90’dan büyük olması mükemmel; 0.80-0.90 arasında olması iyi; 0.70-0.80 arasında olması kabul edilebilir; 0.60-0.70 arasında olması kuşku; 0.50-0.60 arasında olması zayıf ve 0.50’nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (77). Bu çalışmada CronbachAlpha katsayıları; hazır hissetme boyutu için 0.31, kendine güven boyutu için 0.79, uygulayıcının kontrol eksikliği boyutu için 0.81, konuyu açmada rahatlık boyutu için 0.80, profesyonel destekler boyutu için 0.64, uygulamada engeller boyutu için 0.72, şiddetin araştırılması boyutu için 0.29, sonuçların sorgulanması boyutu için 0.51 olarak saptanmıştır. Ölçeğin genel CronbachAlpha katsayısı ise 0.66 olarak bulunmuştur. “Hazır Hissetme” ve Şiddet Araştırması” alt boyutlarının alfa katsayıları diğer alt boyutların alfa katsayılarına göre daha düşük çıkmasının bu alt ölçekler kapsamındaki madde sayılarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Gutmanis ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hazır hissetme boyutu 0.87, kendine güven boyutu 0.79, kontrol eksikliği boyutu 0.79, konuyu açmada rahatlık boyutu 0.77, profesyonel destekler boyutu 0.74, uygulamada engeller boyutu 0.73, şiddetin araştırması boyutu 0.71, sonuçların sorgulanması boyutu 0.59 olarak bulunmuştur(36). Elde edilen bu değerler bizim elde ettiğimiz değerlerle benzerlik göstermekle birlikte, hazır hissetme boyutu ve şiddetin araştırması boyutlarının dışında güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Orijinal ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri hesaplanmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

Geliştirilen ya da uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasından korelasyon hesaplanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında Pearson Momentler Çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmalıdır. Bu hesaplama için, SPSS gibi istatistik paket programları kullanılabilir. Sonuçlar doyurucu olsa bile, ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için her iki testin ortalamaları ve standart sapmaları incelenmelidir. Değişken gerçekten stabil ise, her iki ölçeğin ortalama ve standart sapma değerleri yakın olmalıdır (9). Bu çalışmada test tekrar test korelasyonunda ortalama ve standart sapma değerlerinin birbirine yakın olduğu gözlenmiştir. Ancak $p < 0.05$ dikkate alındığından dolayı ikinci boyutta anlamlı fark görülmektedir.

Madde-toplam puan korelasyonunda toplam puanlar eşit aralıklı veri niteliğinde, madde puanları ise sıralı veri olarak değerlendirildiğinden Spearman sıra korelasyonu analizi uygulanır. Madde toplam puan korelasyon katsayısı eğer 0.30'un altındaysa (örneklem büyüklüğüne bağlıdır. Dört yüz ve daha fazla katılımcının bulunduğu büyük örneklerde 0.20 gibi daha düşük korelasyon katsayıları da kabul edilebilir) bu maddelerde ciddi bir sorun var demektir. Geliştirilen ölçekte eğer alt boyutlar/faktörler varsa veya ölçek, alt ölçeklerden meydana gelen bir batarya şeklinde ise madde analizi alt ölçeğin toplam puanlarıyla bu ölçeğe ait maddeler arasında yapılır. Bir ölçek tek boyutlu (faktörlü) veya çok boyutlu (faktörlü) olabilir. Çok faktörlü ölçeklerde genel toplam puanla maddeler arasındaki korelasyona bakıldığında bir çok maddenin korelasyon katsayısı düşük görünür. Sadece tek boyutlu ölçeklerde madde-toplam puan korelasyonu yüksektir (77). Bu çalışmada çok boyutlu olmasından dolayı korelasyon katsayıları 0.02-0.56 arasında bulunmuştur. P değerlerine göre; faktör 3 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 6 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 8 ve faktör 1 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 2 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 4 arasındaki ilişki, faktör 7 ve faktör 5 arasındaki ilişki anlamsız bulunurken diğer tüm ikili ilişkiler anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.SONUÇLAR

Araştırma, Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği 355 sağlık çalışanı örneklem grubuna test edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %72.1'i kadın, %43.4'ü hekim ve %41.1'inin doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %80.0'ı Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yaptığı %29.3'ünün yirmi yıl ve daha fazla süredir birinci basamak hizmetlerde çalıştığı ve %70.7'sinin kentsel alanda hizmet verdiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90.4'ünün kadına yönelik şiddet hakkında öğrencilik yıllarında eğitim almadığı ve %67.0'ının mezuniyet sonrası eğitim aldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %67.6'sının şiddet vakası ile karşılaştığı belirlenirken, %54.1'inin bir yıl içinde 1-3 kez şiddet vakası ile karşılaştığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %85.4'ünün şiddet olayı karşısında polise haber vermediği, %93.0'ının sosyal hizmetleri aramadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddetin erken saptanmasındaki engellere ilişkin görüşleri incelendiğinde %41.7'sinin fikrinin olmadığı, erken saptanmasındaki görüşleri incelendiğinde ise %30.1'inin fikrinin olmadığı belirlenmiştir.

Ölçeğin dil uyarlaması kapsamında çeviri tekniği olarak grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri kullanılmıştır. Ölçek, kadına yönelik şiddet konusunda çalışan, Türkçe ve İngilizce dillerini akıcı bir şekilde kullanabilen altı uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye bağımsız olarak çevrilmiştir. İki araştırmacı, her madde için en uygun çeviriyi değerlendirerek ortak bir Türkçe metin oluşturmuştur. Dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlilik açısından bazı sözcük ve tümceler incelenerek, Türkçe metni hazırlanmıştır. Ölçek geri çeviri yöntemi ile Türkçe ve İngilizce'yi iyi derecede bilen bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilip ve özgün formu ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır.

Yapı geçerliliği kapsamında KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.89 ve Barlett's Test of Sphericity ($\chi^2 = 6063,51$ $p < 0.000$) örneklem sınama büyüklüğü analizi değerinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliği için

uygulanan“Doğrulayıcı Faktör Analizi”ndeki modelin Gutmanis ve arkadaşları (2004) tarafından belirlenen sekiz alt boyutun (hazır hissetme, kendine güven, pratisyenin kontrol eksikliği, konuyu açmada rahatlık, profesyonel destekler, pratik baskılar, şiddet araştırması ve pratisyenlerin sonuçları sorgulaması) Türk toplumunda ölçekteki 33.maddenin çıkarılması koşuluyla sağlık çalışanlarının, kadına yönelik şiddet konusunda tutum ve uygulamaları ölçtüğüne ilişkin geçerli kanıtları ortaya koyduğu saptanmıştır (GFI=0.96, AGFI=0.96). Ancak RMSEA değeri kritik değer olarak tanımlanan 0.08 olarak bulunmuştur. Çalışmada çok boyutlu olmasından dolayı korelasyon katsayıları 0.02-0.56 arasında bulunmuştur. Ölçeğin çarpıklık katsayısı -0.12 değere sahip olduğu ve diklik katsayısı 12.25 değer aldığı belirlenerek sola çarpık bir dağılım olup normal dağılıma uygunluk göstermediği belirlenmiştir.

Ölçek için belirlenen iç tutarlılık katsayısı CronbachAlpha katsayıları; hazır hissetme boyutu için 0.31, kendine güven boyutu için 0.79, kontrol eksikliği boyutu için 0.81, konuyu açmada rahatlık boyutu için 0.80, profesyonel destekler boyutu için0.64, uygulamada engeller boyutu için 0.72, şiddetin araştırılması boyutu için 0.29, sonuçların sorgulanması boyutu için 0.51 olarak saptanmıştır. Bu ölçüm değerlerinin geçerli ve güvenilir olduğu ve 33.maddenin çıkarılması ile Türk toplumu için kullanılabilceği sonucuna varılmıştır.

5.2.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırma ve uygulama alanlarına yönelik öneriler şöyle sıralanabilir.

- Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları” ölçeğinin verilerinin geçerlik ve güvenilirliğinin sınanarak Türk toplumunda genellenebilmesi daha geniş örneklem gruplarında yinelenmesi,
- Ölçekten yararlanılarak yürütülen ileri çalışmalardan elde edilen veriler bir araya getirilerek meta analiz çalışmaların yapılması,
- Ölçekten yararlanılarak değişik kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin erken saptanmasındaki engellerin belirlenmesi ve engellerin aşılmasına yönelik önlemlerin alınması,.
- Ölçekten yararlanılarak homojen gruplarda da çalışmanın yapılması,

- Ölçekten yararlanılarak ikinci basamakta çalışan sağlık çalışanları ile çalışmanın yapılması,
- Araştırma sonuçların İl Sağlık Müdürlüğü ile paylaşılması,
- Araştırma sonuçlarının kadına yönelik şiddet ile ilgili çalışmalar yapan birimlere gönderilmesi önerilebilir.

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUM VE UYGULAMALARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

BURÇİN BİÇİCİ GEZGİN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Aynur UYSAL

Şubat 2011, 109 sayfa

Bu araştırmada, Gutmanis ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusundaki Tutum ve Uygulamaları Ölçeği”nin Türkçe formunun Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığı incelenmiştir.

Bu araştırmanın örnekleme, İzmir’e bağlı dört merkez ilçede (Balçova, Bornova, Karşıyaka ve Konak) bulunan Toplum Sağlığı Merkezi(TSM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması(AÇSAP), Aile Sağlığı Merkezi(ASM) görev yapan toplam 867 hekim, hemşire ve ebeler alınmıştır. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir. Bu bilgiye dayanarak minimum ulaşılması hedeflenen örneklem sayısı ölçek madde sayısının (43 madde) 10 katı olmak üzere toplam 430 hekim, hemşire ve ebelerden oluşmasına karar verilmiştir. Araştırmada 355 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım oranı ise %83 olarak belirlenmiştir.

Yapı geçerliliği kapsamında doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuştur. Yapı geçerliliği kapsamında KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.89 ve Barletts Test of Sphericity ($\chi^2 =6063,51$ $p<0.000$) örneklem sınama büyüklüğü analizi değerinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliliği için uygulanan “Doğrulayıcı Faktör Analizi”ndeki modelin özgün ölçeğin sekiz alt boyutun Türk toplumunda ölçekteki 33. maddenin çıkarılması koşuluyla sağlık çalışanlarının, kadına yönelik şiddet konusunda tutum ve uygulamaları ölçtüğüne ilişkin geçerli kanıtları ortaya koyduğu saptanmıştır

Ölçek için belirlenen iç tutarlılık katsayısı CronbachAlpha katsayıları; hazır hissetme boyutu için 0.31, kendine güven boyutu için 0.79, kontrol eksikliği boyutu için 0.81, konuyu açmada rahatlık boyutu için 0.80, profesyonel destekler boyutu için0.64, uygulamada engeller

boyutu için 0.72, şiddetin araştırılması boyutu için 0.29, sonuçların sorgulanması boyutu için 0.51 olarak saptanmıştır.

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği”nin 33.maddenin çıkarılması koşuluyla Türk toplumunda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği”nin daha geniş örneklem gruplarına uygulanarak değişmezliğinin araştırılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadına Yönelik Şiddet, Eş Şiddeti, Geçerlik ve Güvenilirlik, Sağlık Çalışanları

e-mail:burcinbicici@mynet.com

VALIDITY AND RELIABILITY OF HEALTH CARE PROVIDER SURVEY OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE ATTITUDES AND PRACTICES IN TURKEY

Burçin BİÇİCİ GEZGİN

Master's Thesis, Department of Public Health

Advisor: Aynur UYSAL

February 2011, 109 pages

In this study, the validity and reliability of the Turkish version of “Health Care Provider Survey of Intimate Partner Violence (IPV) Attitudes and Practice” developed by Gutmanis et al. has been tested.

The sample of this research covered four central districts of İzmir, namely, Balçova, Bornova, Karşıyaka and Konak. A total of 867 doctors, nurses and midwives employed at The Public Health Center (PHC), Mother Child Health and Family Planning Unit, Family Health Center located in these districts were included within the scope of the research. For the determination of the sample volume in scale studies, it is suggested that the sample volume be 5-10 times the number of items in the scale. Based on this knowledge, the sample was determined to be 430 doctors, nurses and midwives being 10 times the number of the items on the scale (43 items). In the research, 355 health workers were reached and the participation rate was determined to be 83%.

For the validity of structure, confirmatory factor analysis was used. The sampling adequacy which is calculated as a KMO value was found to be 0.89 and the Barlett's Test of Sphericity value ($\chi^2 = 6063,51$ $p < 0.000$) was found to be quite adequate for the factor analysis. It was determined that model used for the “Confirmatory Factor Analysis” put forward valid evidence that the eight sub-dimension of the original scale could measure the healthcare workers' attitude towards domestic violence, on condition that item number 33 was removed.

The internal consistency Cronbach Alpha coefficients were found to be 0.31 for the dimension of preparedness feeling ready, 0.79 for self-confidence, 0.81 for lack of control, 0.80 for comfort following disclosure, 0.64 for professional support, 0.72 for practice pressures, 0.29 for abuse inquiry and 0.51 for practitioner consequences.

As a result of the validity and reliability analyses, it was determined that “A Scale of Health Care Worker’s Attitudes And Applications Regarding Spouse Violence Towards Women” was a valid and reliable scale to be used in Turkish society, on condition that the item number 33 be removed. It is suggested that the stability of the scale be tested by applying to larger sample groups.

Keywords: Domestic Violence, Intimate Partner Violence, Validity and Reliability, Healthcare Providers

e-mail:burcinbicici@mynet.com

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

- 1- Acabay B. (2004). 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun. YG 21 Kent Konsey Sunumu.
- 2- Açık Y., Deveci SE., Oral R. (2004). Level of Knowledge and Attitude of Primary Care Physicians in Eastern Anatolian Cities in Relation to Child Abuse and Neglect. *Prev Med* October 39(4):791-797.
- 3- Akgül A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, SPSS Uygulamaları, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
- 4- Akgül A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları, İkinci Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara.
- 5- Akın A. (2001). Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*. 6(1). 4-8.
- 6- Aksakoğlu G.(2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, 305-333.
- 7- Aksan Davas H.A. (2006). Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmeti Verenlerin Önemi. Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşım. Meslek Gruplarına Yönelik El Kitabı. 24-32.
- 8- Aksan Davas H.A., Aksu F. (2007). The Trainig Needs Of Turkish Emergency Department PersonnelRegarding İntimate Partner Violence. *BMC Public Health* 7:350. page:2-10.
- 9- Aksayan S. Ve Gözüm S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 4(1).1-9.
- 10- Aktaş A.M. (2006). Aile İçi Şiddet Kadının ve Çocuğun Korunması. Elma Yayıncılık.
- 11- Altınay A.G. Ve Arat Y. (2008). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul. 49-103.

- 12- Altıntoprak E. (2006). Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarla İletişim. Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşım. Meslek Gruplarına Yönelik El Kitabı. 33-36.
- 13- Altıntoprak E. Ve Uysal A. (2006).Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşım. Meslek Gruplarına Yönelik El Kitabı. İzmir. 7-72.
- 14- Ankara Tabip Odası (2003). Kadına Yönelik Şiddet Ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı. Ankara Tabip Odası Yayınları. Ankara.
- 15- Ankara TCK Kadın Platformu (2005). Türk Ceza Kanunu Kadınlara Neler Getiriyor? www.ucansupurge.org Erişim Tarihi: 20/02/2011.
- 16- Aslan D. (1998). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet ve İstanbul Kadın Misafirhanesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- 17- Aslan Ö., Lofçalı A. Uğur Ş. Ve Tuğlu A. (2005). Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi. 47(1). 18-23
- 18- Ayaz R. Çıra F. Ve Kara İ. (2007). Kadına Yönelik Şiddet Kadın Danışma Merkezleri Ağı Kadına Yönelik Şiddet Veri Tabanı Oluşturma Projesi. Kadın Danışma Vakfı. Dunet Baskı
- 19- Baktır S. (2003). Aile Mahkemeleri. Yetkin Yayınları. Ankara.
- 20- Başaran B. (2003). Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Açılış Konuşması. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. Ankara Tabip Odası. 9-16.
- 21- Beliner A.S. (2006). Konak Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Kurumlarda Çalışan Personelin Aile İçi Şiddetle Karşılaşmasının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 22- Biriken H.(2008). Kadına Yönelik Şiddet Neden Bir Salık Sorunudur? 1. Kadın Sağlığı Kongresi. “Kadına Yönelik Şiddet”. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi.109-111
- 23- Cann K., Withnell S. Shakespeare J.,Doll H. And Thomas J. (2001). Domestic Violence: A Comparative Survey Of Levels Detection, Knowledge And Attitudes In Healthcare Workers. Public Health.115:89-95

- 24- Cann K., Withnell S., Shakespeare J., Dall H., Thomas J. (2001). Domestic Violence. A Comparative Survey of Levels Detection Knowledge and Attitudes in Healthcare Workers Public Health. 115; 89-95.
- 25- Davas A. Ve Saçaklıoğlu F.(2003). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde Görevli Hekim ve Hemşirelerin kde Görevli Hekim ve Hemşirelerin Adına Yönelik Şiddet Konusundaki Bilgi Ve Tutumları. 8. Halk Sağlığı Günleri. Sivas. 23-25 Haziran 2003.
- 26- Dickson F., Tutty LM. (1998). The Development Of A Measure Of Public Health Nurses' Practice Responses to Women Who Are Abuse. Journal Of Nursing Measurement. 6(1): 87-103.
- 27- Dişsiz M. Ve Şahin Hatun N. (2008). Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Cilt:1.Sayı:1.50-58.
- 28- Dunn V., Crichton N., Roe B., ve ark. (1998).Using Research for Practice: A UK Experience of The Barriers Scale, Journal of Advanced Nursing. 26; 1203-1210.
- 29- Ergönen ve ark. (2006). Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yaklaşımları. Adli Bilimler Dergisi. 5(4); 7-13.
- 30- Erkuş A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1. Basım. Ankara.
- 31- Eyler A.E. And Cohen M. (1999). Case Studies İn Partner Violence. Am Fam Physician. 60:2569-2576.
- 32- Gelegen Gediz D. (2003). Kadına Yönelik Şiddetin Tarihçesi, Nedenleri ve Çözüm Önerileri. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. Ankara Tabip Odası Yayınları 13-15.
- 33- Gömbül Ö. Ve Buldukoğlu K. (1997). Hemşirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Görüşleri. Kriz Dergisi.5:2,103-114.
- 34- Gözüm S. ve Aksayan S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II. Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 3-14.

- 35- Gözüm S., Karayurt Ö., Aydın İ. (2004). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1(2), 71-75.
- 36- Gutmanis I., Beynon C., Tutty L., Wathen N.C. and Macmillan H.L. (2007). Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: A Survey of Physicians and Nurses. BMC Public Health 2007. 7(12).1-11
- 37- Güler Ç. ve Akın L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Yayınları. 1246-1261.
- 38- Güler N. Tel H. ve Tuncay F.Ö. (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanılan Şiddete Bakışı. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 27(2):51-56.
- 39- Gürsoy E. (2008). Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımda Ebe ve Hemşirelerin Yeri ve Önemi. 1. Kadın Sağlığı Kongresi. "Kadına Yönelik Şiddet". 2008. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi.148-153.
- 40- Hayman Et All.(2000). Primary Prevention of Violence Against Women, Women's Health Issues. 10(6);288-293.
- 41- Hayran M., Özdemir O. (1996). Bilgisayar, İstatistik ve Tıp, İkinci Baskı, MEDAR Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 42- Hinderliter D., Doughty AS, Delaney K, Pitula CR, Campbell S. (2003). The Effect of Intimate Partner Violence Education on Nurse Practitioners' Feelings of Competence and Ability to Screen Patients. Journal of Nursing Education. 42:449-454.
- 43- Horvarth T.(1999). Violence Screeninig and Primary Care in Singleton JK, Sandowski SA, HernandezC. Horvarth TV., Digregorio RV, HolzemerSP.(Eds). Primary Care 1st ed. New York: Lipincott Williams & WilkinsPublishers; p:9-45.
- 44- <http://www.shcek.gov.tr/illere-gore-kuruluslar.aspx>. Erişim Tarihi:05/02/2011
- 45- <http://www.unicef.irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf> Erişim Tarihi: 20/05/2010
- 46- ICN.(2001). Nurses, Always There For You: United Against Violence, İnternational Nurses Day. Anti-Violence Tool Kit.

- 47- Işık N.S.(2008). Kadına Yönelik Şiddet Konusunda İdeolojik Yaklaşımlar. 1. Kadın Sağlığı Kongresi. “Kadına Yönelik Şiddet”. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi. 50-55.
- 48- İçli T. Ve Öğün A. (2000). Türkiye'nin Sosyo-kültürel Yapısında Aile, Evlilik Ve Kadın Suçluluğu: Fail Mağdur İlişkisi. Uluslar arası Dördüncü Türk Kültür Kongresi Bildirileri Kitabı. Ankara Atatürk Kültür Merkezi Yayınları
- 49- İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı.
- 50- İrian O. Boulavin M. Straccia A.T. And Bonnet J. (2000). Emotional, Physical And Sexual Violence Against Women Before Or During Pregnancy. Br. J Obstetrics Gynaecol. 107:1306-1308
- 51- İşleyen Y.(2003). Kadınlara Yönelik Şiddete Jinekolojik Yaklaşım. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. Ankara Tabip Odası 71-84
- 52- İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (2010). Kişisel Görüşmeler İle Elde Edilen Veriler.
- 53- Kandemir Ö. (2007). Şanlıurfa İli Viranşehir İlçe Merkezinde Sağlık Personelinin Aile İçi Şiddet Konusunda Bilgi, Tutum ve Mesleki Uygulamaları. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 31-37.
- 54- Kelloway EK (1998). Using Listrel for Structural Equation Modeling. United States of Amerika, Sage Publications.
- 55- Kemerli N. (2003). Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. Ankara Tabip Odası. 41-69.
- 56- Kılıç B. (1999). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Belirlenmesi ve Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- 57- Kıyak S. (2008). Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 61-71
- 58- Kocacık F.,Doğan O. 2006. Domestic Violence Against Women in Sivas Turkey: Survey Study. Croat Med. J. 47: 742-749.

- 59- Köse A. Ve Beşer A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı “Şiddet”. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10(4): 114-121.
- 60- KSSGM (2001). Pekin+5 Siyasi Deklerasyonu Sonuç Belgesi Raporu. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) Yayını.
- 61- KSSGM (2003). TBMM Kadının Statüsü Araştırma Komisyonu Raporu. 2. Baskı CEM WEB Ofset.
- 62- Mehra V. Family Violence Prevention Fund. Culturally Compenent Responses for Identifyin and Responding to Domestic Violence in Dental Care Settings. J. Calif Dent Assoc 2004; 32: 387-395
- 63- MeİT SS, Fitzparrick KM, Selby JB.(2007). Domestic Violence: İntimate Partner Violence. Rakel RE.(Ed). Textbook of Family Medicine 7th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; p: 47-67
- 64- Mezey G. Et All. (2005). Midwives’ Perceptions and Experiences of Routine Enquiry for Domestic Violence BSOC: on International Journal of Obstetrics and Gynaeclogy. 110; 744-752.
- 65- Miller D., Jaye C. Gps.(2007). Perception of Their Role in the Identification and Management of Family Violence. Family Practice Advance Access Originally Published Online On February 7. 2007. Family Practice 24(2):95-101.
- 66- Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH: Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998, 27(2):175-82
- 67- Nancy K., Sugg M.D, MPH Robert S. Thompson M.D. Diane C. Thompson M.S; Roland Maiuro, Frederick P. Rivara, M.D., M.P.H. (1999). Domestic Violence And Primary Care. ARCH FAM MED. Vol:8,july/Aug.301-306
- 68- Özdamar K. (2002). Paket Programlar İstatiksiksel Veri Analizi. Kaan Kitapevi. 4. Baskı, Eskişehir 661-673.
- 69- Özkan A. Ve Demir Ü. (2002). Kadın İstismarı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 5(1). 87-92.
- 70- Resmi Gazete 18/01/2003. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun.Sayı: 24997.

- 71- Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. TTB Yayınları 1998.
- 72- Schemacter RE and Lomax RG (2004). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. Second Edition. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- 73- Schoening A.M., Greenwood JL., McNichols JA., Heermann JA, Agrawals (2004). Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. JOGNN, 33(5). 572-579.
- 74- Sevil Ü. (2005). Gebelikte Şiddet. Sağlık ve Toplum Dergisi. Yıl(15). Sayı1. Ankara
- 75- Sevil Ü. Ve Yanikkerem E. (2006). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. İzmir Güven Kitapevi
- 76- Şatıroğlu H.(2003). Cinsel Taciz ve Tecavüzle İlgili Profesyonellerin Davranışları ve Eğitimi, Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı, Tabip Odası Yayınları, Ankara. 229-262
- 77- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Seçkin Yayıncılık. Ankara.
- 78- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu(1998). Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Bilim Serisi 113. Ankara
- 79- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.(1995). Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Yayın No: 86. Ankara.
- 80- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2007). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı. 2007-2010.
- 81- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Ulusal ve Uluslar arası Yasal Düzenlemeler. 13-14.
- 82- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara 2008.
- 83- T.C. Hükümeti- UNICEF 2001-2005 Yılı İşbirliği Programı. Türkiye'de Kadın ve Çocukların Durumu

- 84- Tanrıverdi G ve Şıpkın S. (2008) Çanakkale’de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. Fırat Tıp Dergisi. 13(3):183-187
- 85- Taşkın L. (2004). Uluslar arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 8(2):16-22.
- 86- Tel H. (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6(2);1-9
- 87- Temel Bayık A. Uysal U., Erkin Ö. ve Koçer A. (2008). “Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya, Gelişmelere Farkındalığı ve Tutumu” Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerliliği, Güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.1(2).108-123
- 88- Tezbaşaran A.(1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. 2. Baskı. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 19-51.
- 89- Tunçel Kaynar E., DüNDAR C. ve Peşken Y. (2007). Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçi Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 17(2):105-110
- 90- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular(TNSA). (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği Erişim: 15 Mayıs 2009
- 91- U.S. Preventive Services Task Force (2004). Screening For Family and Intimate Partner Violence. Recommendation Statement. Am Intern Med 2004; 140: 382-386.
- 92- Uçar M.A. (2003). Aile İçi Şiddet ve Aile Koruma Yasası. Yetkin Yayınları. Ankara.
- 93- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization Domestic Violence Against Women and Girls. 2000. <http://www.unicef.irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>
- 94- Uysal A. (2006). Aile İçi Şiddet Tanımlar ve Epidemiyolojik Göstergeler. Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşım. Meslek Gruplarına Yönelik El Kitabı. 7-11.

- 95- Ünal G. 2005. Aile İçi Şiddet. Aile ve Toplum Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi. Yıl:7 Cilt:2 Sayı:8. 85-92.
- 96- Vahip İ. ve Doğanavşargil Ö. (2006). Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi. 17:107-114.
- 97- Vatandaş C. (2003). Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet. 1. Baskı, Ankara Uyum Ajans
- 98- Watts N. (2004). Screening for Domestic Violence, A Team Approach for Maternal/Newborn Nurses. AWHONN Lifelines, 8(3);211-219.
- 99- WHO. (2005). Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women Initial Reports on Prevalence, Health Outcomes and Women’s Responses. Geneva.. <http://www.comminit.com/en/node/221950/38>. Erişim Tarihi: 28 Mayıs 2009.
- 100-WHO.(2002). World Report on Violence and Health Genova. .pp:30
- 101-World Health Organization (2005). Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women. Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women’s Responses, Genova.
- 102-Yazıcı S. Ve Mamuk R. (2010). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yaklaşımları. Bakırköy Tıp Dergisi. Cilt:6. Sayı:2.73-74.
- 103-Yemişçigil A. (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı El Kitabı. 14-77
- 104-Yetim D. ve Şahin E.M. (2008). Aile Hekimliğinde Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt2. Sayı2. 48-53
- 105-Yıldırım A. (1998). Sıradan Şiddet. Boyat Kitapları. İstanbul
- 106-Yiğitalp G.,Ertem M. ve Özkaynak V. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Konusunda Deneyimleri ve Bu Konudaki Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(2):131-136

107-Yurdugül H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi S:1-6. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. Denizli. 28-30 Eylül.

108-Yüksel N. ve Şenol S. (1997). Kadın Psikolojisi ve Kadına Yönelik Sorunlar. Sürekli Tıp Dergisi. 6(3):86-93.

Ek I

Sayın Katılımcı,

Aile içinde kadına yönelik şiddet, neden olduğu yaşam kayıpları ve sakatlıklarla kadın sağlığı üzerindeki etkilerinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son yıllarda ailede eş istismarının boyutları araştırmacılar tarafından ortaya koymaya çalışılmakla birlikte, şiddet gören kadına hizmet veren uygulayıcıların ve meslek uzmanlarının (sosyal çalışmacı, polis, doktor, hemşire gibi) eş istismarına yönelik tutumları ve bu sorunla nasıl başettikleri konusundaki çalışmalar oldukça sınırlı kalmaktadır. Bu gerçekten yola çıkarak, bu çalışmada şiddet mağdurunun yardım talebiyle başvurduğu sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe) eş istismarına uğramış kadına yönelik tutumlarını incelenmek ve bu kadınlarla çalışma şekillerini etkileyen faktörleri ortaya konulması amacıyla bir ölçüm aracı geliştirmek amaçlanmaktadır.

Anket formu “kadına yönelik şiddet sağlık bakım anketi” ve sosyodemografik bilgiler bölümlerinden oluşmaktadır. Ankete sizin tanınmanıza yol açacak isim, adres gibi bilgileri hiçbir şekilde yazmayınız. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Yard.Doç.Dr.Aynur UYSAL
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemş. Burçin BİÇİCİ
burcibicici@mynet.com
GSM: 0.506.3714523

KADINA YÖNELİK ŞİDDET SAĞLIK BAKIM ANKETİ

Açıklama

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

Senaryo

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

Bölüm 1

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

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1- Bu konu özel bir aile sorunu olduğundan karışmamalıyım.				
2- Şiddet konusunda konuşmak isterim ama ne söyleyeceğimi bilmiyorum.				
3- Kadına yönelik şiddet konusunda konuşabilme becerime güveniyorum.				
4- Yardım istemediği sürece onun için yapabileceğim bir şey yok.				
5- Rutin olarak bütün görüşmelerde kadına yönelik şiddet konusunu açarım.				
6- Kadına kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormak istemem çünkü bana anlatmaya hazır olduğunu düşünmüyorum.				
7- Şiddete uğrayan kadınlara yardım edemeyeceğimi hissediyorum.				
8- Şiddet ile ilgili kadına soru sormaktan çekinirim çünkü böyle bir durumla baş edebilmek için tecrübem hiç yok/çok az var.				
9- Durumu daha da kötüleştirme olasılığı nedeniyle müdahale etmekten çekinirim.				
10- Kocasının ona vurup vurmadığını doğrudan sorarım.				
11- Bu kadına doğru yardıma ulaşmada destek olabileceğimi düşünüyorum.				
12- Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormayı unutabilirim.				
13- Kadınlara şiddet hakkında soru sormam gerektiğinde kendime güvenirim.				
14- Şiddete uğramış ya da şiddete uğrama riski olan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissederim.				
15- Şiddete uğramamış ya da şiddete uğrama riski olmayan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissederim.				
16- Şiddete uğradınız mı soruma “hayır” yanıtını veren kadınla konuşmaya kendimi hazır hissederim.				
17- Şiddete uğradınız mı soruma “evet” yanıtını veren kadınla konuşmaya kendimi hazır hissederim.				
18- Şiddet konusunu açarak onu zor durumda bırakmam.				
19- Şu anda kadının içinde bulunduğu koşullar değişse bile, kendimi ona yardım edebilecek yetkinlikte hissediyorum.				
20- Kadının bir daha gelmeme olasılığını düşünerek, kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
21- Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili yazılı bilgi ve/veya diğer uygun kaynakları verebilirim ama durumu hakkında konuşmam.				
22- Kadına yönelik şiddetin sıklıkla yaşandığını ancak kadınların bu konuda konuşmaya çekindiklerini belirterek konuyu açarım.				
23- Şiddete uğramadığını belirten kişilerle de kadına yönelik şiddet konusunda bilgi paylaşımına hazırım.				
24- Kadınlar yaşadıkları şiddeti anlattıklarında, onları dinleyebileceğimi düşünüyorum.				
25- Kadın yaşadığı şiddeti bana anlattıktan sonra, gereksinimlerini belirlemek için konuşmayı sürdürürüm.				
26- Kadın, sorunuyla benim istediğim biçimde baş etmeye hazır olmasa bile, görüşme süresince onu destekleyebileceğimi düşünüyorum.				
27- Uygun eğitim almadığım için kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				
28- Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde <i>mücadele edebilmeleri</i> için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
29- Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde <i>mücadele edebilmem</i> için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
30- Bazı kişiler için kadına yönelik şiddet kültürel olarak kabul edilebilir olduğundan, bu konuda onlarla konuşmaya çekiniyorum.				
31- Bugün, olası bir şiddet vakasıyla ilgilenecek vaktim yok.				
32- Kadına yönelik şiddet konusunu sorgularken kendi güvenliğimden endişe ederim.				
33- Kadına yönelik şiddetin soruşturulması beklenir.				
34- Yardım sağlamada toplumsal kaynaklar yeterli olmadığı için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
35- Kadına yönelik şiddeti sorarken olası yasal sonuçları düşünürüm.				
36- Yasal olarak polise bildirmek zorunda kalabileceğim için kadına yönelik şiddetle ilgili soru sormaya çekinirim.				
37- Şiddet hakkında konuşacak zamanım olmadığı için kendimi engellenmiş hissedirim.				
38- Aynı zamanda ailenin diğer üyeleriyle de ilgilendiğim için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
39- Kadına yönelik şiddetin etkili bir tedavisi olmadığı için herhangi bir yardım önerisinde bulunmam.				
40- Kadına yönelik şiddeti sorabilmem ve şiddet gören kadına yardımcı olabilmem konusunda arkadaşlarım, danışmanlarım, yöneticilerim yeterli desteği sağlarlar.				
41- Bu kadının şiddetle başa çıkabilmesi için gerekli kaynaklara ulaşmasına yardımcı olabileceğimi düşünüyorum.				
42- Çalışma ortamımdaki meslektaşlarımla kadına yönelik şiddet konusunda geliştirilecek programların planlanması ve değerlendirilmesi sürecinde işbirliği içindeyim.				
43- A.B gibi olguları yönetme konusunda uzman görüşü alma olanağım var.				

EK II
SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

1- Cinsiyetiniz

- 1) Kadın 2) Erkek

2- Yaşınız

3- Mesleğiniz?

- 1) Hekim 2) Hemşire 3) Ebe 4) Sağlık memuru

4-En Yüksek Mesleki Dereceniz Nedir?

- 1) Sağlık Meslek Lisesi
2) Ön lisans Mezunu
3) Lisans Mezunu
4) Yüksek Lisans Mezunu
5) Doktora Mezunu
6) Diğer

5- Çalışma Yılıınız?yıl.....ay

6- Şuan çalıştığınız kurum

- 1) Aile Sağlığı Merkezi
2) Toplum Sağlığı Merkezi
3) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

7- Birinci basamak hizmetlerde çalışma yılınız?yıl.....ay

- 1)<1 yıl 2) 1-4 yıl 3) 5-9 yıl 4)10-14 yıl 5) 15-19 yıl 6)20 ve daha fazla

8-Çalışma bölgenizin sosyal yapısı nedir?

- 1) Kırsal 2) Kentsel 3)Kırsal/Kentsel

9- Öğrencilik yıllarınızda kadına yönelik şiddet konusunda bir eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

10- Mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda hiç eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

11- İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içi yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu?

- 1)Evet 2)Hayır

Cevabınız Evet ise, son bir yıl içinde kaç kez aile içi kadına yönelik şiddet olayı ile karşılaştınız?.....

12- Meslek yaşamınızda karşılaştığınız kadına yönelik şiddet olayı sonrası polisi aramak durumunda kaldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

13-Meslek yaşamınızda karşılaştığınız kadına yönelik şiddet olayı sonrası Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nü aramak zorunda kaldınız mı?

1)Evet 2) Hayır

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

1)Evet 2)Hayır

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

1)Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar. Bu konudan kaçınıyorum

2)Aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımama yardımcı oluyor

3)Hiçbir etkisi olmuyor

4)Diğer.....

16-Aile içi kadına yönelik şiddetin erken saptanmasında ne tür engeller ile karşılaşıyorsunuz?

.....
.....
.....
.....

17-Aile içinde kadına yönelik şiddet nasıl daha kolay saptanabilir?

.....
.....
.....

Ek III

Ölçek İzin Yazısı

** High Priority **

Dear Aynur- thanks for following up with Dr Tutty as I did not receive your original email and hence the delay.

I have checked with the other authors and we would be happy to share the questionnaire with you (see attached). However, we ask that you acknowledge/cite our work. The title of the questionnaire is: "Health Care Provider Survey of IPV Attitudes and Practices", and the reference for this instrument is:

Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC Public Health. 2007 Jan 24;7:12.

Thank you for interest in the questionnaire and we would welcome an update on your work. Wishing you all the best, Charlene

Charlene Beynon, Director
Research Education Evaluation & Development Services
Middlesex-London Health Unit
50 King Street
London, Ontario N6A 5L7

Ek IV (İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı)

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜR
EĞİTİM

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

26.10.2010 11:28:11 / 89254

Kayıt yapan NİLGÜN FİLİZ



SAYI: Egt.Şb.B.104.İSM.4350009/ 44
KONU: Tez Çalışması.

Sayın, Burçin BİÇİCİ GEZGİN
Osmangazi Mh. 574/4 Sk.
Adnan Çelik Ap. No.1 D.12
Bayraklı-İZMİR

İLGİ: 01.10.2010 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçeniz ile talep etmiş olduğunuz tez çalışmasını belirtilen kurumlarımızda yapmanız, hizmet sunumunu aksatmayacak şekilde ve kurum amirlerince önerilen çalışma saatlerinde yapılması, ayrıca tez çalışması sonucunun mutiaka Müdürlüğümüz Eğitim Şubesine iletilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek V (Etik Kurul İzin Yazısı)

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2009-100
KONU : Araştırma Kararı hk.

Yükseköğretim Kurulu
Aynat-Altın
Özel Kalan
Okuma Salonu
Bişayar Lab
Yayın İşleri
Muhasebe
Vazir İşleri
Zincir İşleri
Yeni İşleri
Eki:
Kayıt No: 28.10.2009
Kayıt Tarihi: 28.10.2009
Bornova / ZMİR

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Yard.Doç.Dr.Aynur UYSAL'ın sorumluluğunda 01 Kasım 2009 – 31 Mart 2010 tarihleri arasında yapılması planlanan "Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği" konulu araştırma 28.10.2009 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Prof.Dr.Leyla KHORSHİD
Bilimsel Etik Kurulu Başkan



Violence Against Women Health Care Provider Survey

Instructions

We are providing a scenario to reflect a real life situation. Please respond to the following statements in a way that would reflect either your current practice or your hypothetical response to the scenario. Do not mark the questionnaire in any way that would identify you by name or address.

Practice Scenario

Carol is pregnant and has a toddler, Jennifer. Carol appears quiet, withdrawn and she says that she is very tired. When you ask Carol what help she has in caring for the toddler and the house, she says that she does it all herself. She comments that her husband believes that it is her job to keep the house clean and to keep the toddler from bothering him when he is home. She adds that he criticizes her frequently. She does not go out of the house unless her husband drives her. However, her greatest concern is how to keep the toddler quiet, since her husband gets extremely angry with her every time the toddler "acts up". Carol sounds agitated when she talks about this. Although her mother, sister and two long-time friends are in the city, Carol doesn't see them much any more and she does not know her neighbours.

Section 1

When working with Carol or other women in your practice setting, please indicate the extent to which you would agree / disagree with the statements below.

Please mark the box beside each statement that most closely reflects your answer by using an "X" or shading in the entire box. Use a pencil or pen.

- | | Strongly Agree | Agree | Disagree | Strongly Disagree |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Since this is a private family matter, I should not interfere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. I would like to talk about the issue of abuse but I don't know what to say. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. I am confident with my ability to address the issue of woman abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. There isn't anything I can do unless she asks for help. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. I routinely initiate the topic of woman abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. I would not ask her about woman abuse because I don't think she is ready to tell me. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. I feel that I am not able to help women who are abused. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. I would be hesitant to ask about woman abuse because I have little or no experience in dealing with this situation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. I am reluctant to intervene in case I make matters worse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. I would ask her directly if her husband has ever hit her. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. I feel that I am able to support this woman while she gets the right help. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. I may forget to ask her about woman abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. I would feel confident if I were required to ask women about abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. I feel prepared asking about abuse of women who appear to me to be at risk of having been or being abused. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. I feel prepared asking about abuse of women who do not appear to me to be at risk of having been or being abused. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. I feel ready to respond to a woman who says 'no' to my question about abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. I feel ready to respond to a woman who says 'yes' to my question about abuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Section 2

When working with Carol or other women in your practice setting, please indicate the extent to which you would agree / disagree with the statements below.

Please mark the box beside each statement that most closely reflects your answer by using an "X" or shading in the entire box. Use a pencil or pen.

Strongly Agree
Agree
Disagree
Strongly Disagree

- 18. I won't put her on the spot by initiating the topic of abuse.
- 19. I feel that I am a competent helper whether or not the woman and her situation change at this time.
- 20. I am hesitant to ask about woman abuse in case the woman stops seeing me.
- 21. I would give her written information about woman abuse and/or available resources, but would not talk about her situation.
- 22. I would introduce woman abuse by stating that abuse frequently occurs and that often women are hesitant to talk about it.
- 23. I feel prepared sharing information on woman abuse to clients who respond 'no'.
- 24. I feel I am able to listen to women's stories as they disclose the abuse they have experienced.
- 25. I am able to continue the discussion after a disclosure to assess the needs of the client.
- 26. I feel comfortable supporting the woman during the interview even though she may not be ready to deal with this problem in the same way I would want her to.
- 27. I am hesitant to ask about woman abuse because I have not been appropriately trained.
- 28. I feel comfortable discussing these practice situations with colleagues to help **them** deal effectively with woman abuse.
- 29. I feel comfortable discussing these practice situations with colleagues to help **me** deal effectively with woman abuse.
- 30. I am hesitant to ask **some** clients about woman abuse because to them it is culturally acceptable.

Section 3

When working with Carol or other women in your practice setting, please indicate the extent to which you would agree / disagree with the statements below.

Please mark the box beside each statement that most closely reflects your answer by using an "X" or shading in the entire box. Use a pencil or pen.

Strongly Agree
Agree
Disagree
Strongly Disagree

- 31. I just don't have time today to address this possible abuse issue.
- 32. I worry about my own safety when inquiring about woman abuse.
- 33. It is an expectation to inquire about woman abuse.
- 34. I am reluctant to ask about woman abuse because there are not sufficient community resources to provide assistance.
- 35. I think about possible legal consequences when asking about woman abuse.
- 36. I am hesitant to ask about woman abuse because I might have to call the Children's Aid Society or the police.
- 37. I feel frustrated because I don't have the time to talk about abuse.
- 38. I am hesitant to ask about woman abuse because I also treat / deal with other family members.
- 39. I would not offer any assistance since there is no effective treatment for woman abuse.
- 40. I have enough supports from colleagues, mentors, supervisors, etc. to help me feel comfortable in asking about woman abuse and in dealing with the responses.
- 41. I feel comfortable helping this woman access resources to help deal with the abuse.
- 42. I participate with my practice colleagues in planning and evaluating methods to develop or improve program delivery regarding woman abuse.
- 43. I have opportunities for consultations regarding how to deal with situations such as Carol's.

ÖZGEÇMİŞ

Burçin BİÇİCİ GEZGİN, 1985 yılında Bergama da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Bergama'da tamamladı. Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünü 2003 yılında kazandı. Üniversiteden 2007 yılında mezun oldu. Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi bölümünde sözleşmeli olarak göreve başladı. Halen aynı görevde çalışmaya devam etmektedir.