



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET
BELİRTİLERİNİ TANIMASININ AHLAKİ DUYARLILIK İLE
İLİŞKİSİ**

Hazırlayan

Gökhan ÖNDER

Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında sabrı, hoşgörüsü, titiz ve özverili yaklaşımıyla, engin bilgi ve tecrübeleriyle desteğini her zaman yanımda hissettiğim, mesleki bilgi ve vizyonuyla gelişimime katkısı olan saygı değer hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurşah BAŞOL' a, tez savunmasına katılımı ve değerli önerileri için Doç. Dr. Latif DURAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle gelişimime katkısı olan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Üyesi Mehmet ESEN'e, Doç. Dr. Üyesi Serhat KARAMAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL'a ve, Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN'a,

Verilerin istatistiksel analizinde yol gösteren Öğr. Gör. Y. Emre KUYUCU' ya,

Tez çalışmam süresince fedakârlığını, sonsuz güvenini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Burcu ve kızım Zeyneb Asya'ya, oğlum Ahmet Tuna'ya, beni büyütürken her türlü zorluğa karşı gelen, emeklerinin karşılığını ömür boyu ödeyemeyeceğim Annem ve Babama,

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen iş arkadaşlarıma, dostlarıma, uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki sağlık çalışanlarına, teşekkür eder şükran ve minnetlerimi sunarım.

ÖZET

ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET BELİRTİLERİNİ TANIMASININ AHLAKİ DUYARLILIK İLE İLİŞKİSİ

Giriş ve Amaç: Acil servisler, kadına yönelik şiddet ile en çok karşılaşılan birimdir. Acil serviste çalışan hemşireler, delilleri ilk gören ve gözlem yetenekleri ile olayı karşıdan süzen meslek grubundadır. Bu çalışma acil serviste çalışan hemşirelerin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve bunun ahlaki duyarlılık ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın örneklemini Tokat Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı ikinci basamak sağlık tesislerinde ve GOP Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi Acil Servislerinde görev yapan hemşireler oluşturdu. Veriler, acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerini içeren anket formu, Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Anket ile Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama $\pm$ standart sapma, yüzdelik dağılımlar, t-testi ve Anova testi kullanıldı, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 66'sı erkek (%41,0), 95'i kadın (%59,0) ve yaş ortalaması $31,40 \pm 8,61$ olan toplam 161 acil servis hemşiresi katıldı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%66,5) kadına yönelik şiddet ile karşılaştığı belirlendi. Kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ölçeği toplam puan ortalaması $19,42 \pm 3,27$ ve ahlaki duyarlılık ölçeği toplam puan ortalaması $90,27 \pm 31,18$ olduğu saptandı. Katılımcıların etik duyarlılıkları orta düzey olmakla beraber, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyleri kısmen yeterliydi. Hemşirelerde şiddetin duygusal belirtilerini tanıma fiziksel belirtilere göre daha yeterli olduğu ve ADA alt boyutları içerisinde ahlaki duyarlılığın en yüksek oryantasyon alt boyutunda ($10,22 \pm 5,91$), en düşük otonomi alt boyutunda olduğu ($19,44 \pm 8,79$) bulundu.

Sonuç: Kadına yönelik şiddet ve ahlaki duyarlılık konularında farkındalık yaratmak için mezuniyet öncesi eğitimlere ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlere ihtiyaç vardır. Bilgilerin güncel tutulması için eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Ahlaki Duyarlılık, Bilgi Düzeyi, Kadına Yönelik Şiddet



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF EMERGENCY NURSES' DIAGNOSIS OF SYMPTOMS OF VIOLENCE TOWARDS WOMEN AND ETHICAL SENSITIVITY

Introduction and Objective: Emergency services are the units most frequently encountered with violence against women. Nurses working in the emergency room are in the profession group who see the evidence first and screen the event with their observation skills. In this study, it is aimed to see the relationship of emergency nurses' diagnosis, attitude, and response for symptoms of violence towards women and its ethical consequences.

Materials and Methodology: The sample of this cross-sectional and descriptive study consisted of nurses working in the secondary health facilities affiliated to the Presidency of Tokat Public Hospitals and GOP University Health Practice and Research Hospital Emergency Services. Relevant data was collected by the help of several instruments such as questionnaire for socio-demographic structure of the nurses, questionnaire for Diagnosing Symptoms of Violence Towards Women, and questionnaire for Ethical Sensitivity. In the evaluation of the data, mean $\pm$ standard deviation, allocation of percentages, t-test and Anova test were used. $p < 0,05$ was accepted as meaningful.

Findings: 161 emergency nurses, of whom 66 male (%41), 95 female (%59), were taken into the study, and the average age distribution is $31,40 \pm 8,61$. The majority of the group (%66) were found to have experience with violence towards women. It was found that the average point of study regarding diagnosis of symptoms against women is $19,42 \pm 3,27$, and the average point of ethical sensitiveness study is $90,27 \pm 31,18$. While, the overall sensitiveness of attendees regarding ethical sensitivity is at average level, the findings for diagnosis of symptoms of violence is at satisfactory level. It was found out that the emotional symptom of violence is better diagnosed among emergency nurses compared to the physical symptoms. Among ADA subcategories of ethical sensitiveness,

the highest orientation level is $(10,22 \pm 5,91)$, and lowest autonomous level is $(19,44 \pm 8,79)$.

Result: the need for school-based and in-service training in order to create an awareness for violence against women and ethical sensitiveness. The training programs need to be repeated to keep the information up to date.

Key Words: Emergency Service, Ethical Sensitiveness, Knowledge Level, Violence Against Women



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç	1
1.2. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Acil Servis Çalışanlarının Ahlakî Duyarlılık Ölçütleri	4
2.1.1. Acil Servis	4
2.1.2. Acil Servis Hemşireliği	5
2.1.3. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramsal Tanımlamaları	9
2.1.4. Ahlakî Duyarlılık	13
2.2. Kadına Yönelik Şiddet	14
2.2.1. Şiddetin Tanımı	14
2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı ve Tarihçesi	15
2.2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Türleri	15

2.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	20
2.2.5. Kadına Yönelik Uygulanan Şiddetin Kadının Sağlığına Etkileri	21
2.2.6. Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı	22
2.2.7. Kadına Yönelik Şiddete Maruz Kalan Kadınların Verdikleri Tepkiler	25
2.2.8. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi	25
2.2.9. Kadına Yönelik Şiddeti Önlemede Sağlık Çalışanlarının Rolü	26
2.2.10. Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddet	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Verilerin Toplanması	33
3.4.1. Veri Toplama Araçları	33
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	36
3.5. Araştırmanın etik yönü	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
4.1. Acil Servis Hemşirelerinin Demografik Özellikleri	38
4.2. Acil Sağlık Hemşirelerinin Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin özellikleri	39
4.3. Acil Servis Hemşirelerinin KYS ile Karşılaşma ve Deneyimlerinin İncelenmesi	40
4.4. Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanıma Düzeylerini Gösteren Bulguların İncelenmesi	41

4.5. Acil Sağlık Hemşirelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin HEKYŞBTÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	46
4.6. Ahlaki duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular	53
4.7. ADA ve HEKYŞBTÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	65
5.TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKÇA	78
EKLER	89
EK.1. Anketler	89
EK.2. GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma Ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay.....	95
ÖZGEÇMİŞ	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 2.2.10. Hastanelerin Acil Servislerinde Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım.....	30
ŞEKİL 3.3. Araştırmanın evreni.....	33
ŞEKİL 3.4. ADA'nın alt boyutlarının kapsadığı maddeler.....	35



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.2.3.2. Ekonomik Şiddetin Nedenleri, Sonuçları Ve Diğer Şiddet Türleri İle Olan İlişkisi	17
Tablo: 3.4.1. HEKYŞBTÖ Toplam Ve Alt Boyutlarda Madde Sayısına Göre Yeterlilik Durumları	35
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin Dağılımı	39
Tablo 4.3. Katılımcıların KYŞ ile Karşılaşma ve KYŞ Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı	40
Tablo 4.4.1. HEKYŞBTÖ'nün Alt Boyutları ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	41
Tablo 4.4.2. HEKYŞBTÖ'ye İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı	41
Tablo 4.4.3. Katılımcıların KYŞ'in Fiziksel Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	43
Tablo 4.4.4. Katılımcıların KYŞ'in Duygusal Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 4.4.5. HEKYŞBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarda Madde Sayısına Göre Yeterlilik Durumları	45
Tablo 4.5.1. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Dağılımı	46
Tablo 4.5.2. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının cinsiyete Göre Dağılımı	46
Tablo 4.5.3. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı	47
Tablo 4.5.4. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 4.5.5. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Çocuk sayısına Göre Dağılımı	48
Tablo 4.5.6. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Dağılımı	49

Tablo 4.5.7. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Mesleği Severek Yapma Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 4.5.8. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Birimde Kendi İsteği ile Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	50
Tablo 4.5.9. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı	50
Tablo 4.5.10. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Kadına Yönelik Şiddet Bilgi Durumuna Göre Dağılımı	51
Tablo 4.5.11. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Meslekte Çalışma süresi Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 4.5.12. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Bir Kadın ile Karşılaşma Durumunda Verilecek Tepkiye Göre Dağılımı	52
Tablo 4.6.1. Katılımcıların ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 4.6.2. Katılımcıların ADA'ya Verdiği Cevapların Dağılımı	54
Tablo 4.6.3. ADA ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Dağılımı	57
Tablo 4.6.4. ADA ve Alt Boyutlarının cinsiyete Göre Dağılımı	58
Tablo 4.6.5. ADA ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı	58
Tablo 4.6.6. ADA ve Alt Boyutlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı	59
Tablo 4.6.7. ADA ve Alt Boyutlarının Çocuk sayısına Göre Dağılımı	60
Tablo 4.6.8. ADA ve Alt Boyutlarının Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Dağılımı	60
Tablo 4.6.9. ADA ve Alt Boyutlarının Mesleği Severek Yapma Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 4.6.10. ADA ve Alt Boyutlarının Birimde Kendi İsteği ile Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	62

Tablo 4.6.11. ADA ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 4.6.12. ADA ve Alt Boyutlarının Kadına Yönelik Şiddet Bilgi Durumuna Göre Dağılımı	63
Tablo 4.6.13. ADA ve Alt Boyutlarının Meslekte Çalışma süresi Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo 4.6.14. ADA ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Bir Kadın ile Karşılaşma Durumunda Verilecek Tepkiye Göre Dağılımı	64
Tablo 4. 7. 1. ADA ve HEKYŞBTÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Dağılımı	65

KISALTMALAR

AS: Acil Servis

ADA: Ahlaki Duyarlılık Anketi

ADÖ: Ahlaki Duyarlılık Ölçeği

ASPB: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDNA: Acil Servis Hemşireleri Derneği

ENAF: Acil Hemşireler Derneği Vakfı

HEKYŞBT: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma

HEKYŞBTÖ: Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaya İlişkin Ölçek

İKGV: İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı

KSGM: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

KYŞ: Kadına Yönelik Şiddet

KYŞBT: Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma

1. GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Bugün Dünyada ve ülkemizde şiddetin en sık karşılaşılan çeşidi kadına yönelik uygulanan şiddettir. Halen evde, sokakta, okulda, iş yerinde kısacası yaşamımızın her anında yaşanmakla birlikte bilhassa hane içinde daha sık karşımıza çıkmaktadır şiddet. Toplumu derinden etkileyen konulardan birisi olduğu için bu olgunun nedenlerinin ve sonuçlarının tespit edilerek önlem almaya yönelik çalışmalar yürütülmesi oldukça kıymetlidir. Farklı kişi ve kuruluşlarla karşılaştırıldıklarında kadına yönelik şiddeti önlemede sağlık çalışanları, aileleri doğrudan gözlemleyebilmeleri nedeniyle önemli bir potansiyele sahiptirler. Sağlık personelinin sahip olduğu bu potansiyel çok iyi değerlendirilerek kadına yönelik şiddetin önlenmesi için bir üstünlük sağlanması yoluna gidilmelidir (Can Y, 2015).

Şiddeti tanımak, bakım sağlamak ve şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmak sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisidir. Hemşireler, Doktorlar ve diğer sağlık görevlileri şiddetin yaşandığı evlerde ve diğer ortamlarda yaşanan şiddet hakkında bilgi sahibi olmalı ve şiddet döngüsünü kırmalıdır. Şiddete maruz kalmış kişilere toplumda yararlanabilecekleri kaynaklar, sosyal destek kanalları ve iletişim ağları ile ilgili bilgi vermelidirler. Toplumda kadını değersiz gören, şiddeti onaylayan ya da şiddetin sorumlusu olarak kadını gösteren tutumları değiştirme yolunda, sağlık çalışanları toplumda kadını destekleyerek, koruyarak, yaşam düzeyini yükselten her tür çabayı oluşturarak ve destekleyerek etkin bir rol alabilirler. Şiddetin tekrarlamasını önlemeyi amaçlayan, tüm şiddet mağdurlarının rehabilitasyonunda önemli bir yer alabilirler (Gömbül Ö, 2000).

Şiddete maruz kalmış kadınlara müdahalede ikinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan hemşirelerin oldukça önemli vazifeleri vardır. Acil hemşirelerinin tanı koyma, aile içi şiddete maruz kalan kadınla güvenli bir ortamda görüşme yapma, destek olma, bilgilendirme, güvenlik planı oluşturma, kayıt tutma ve gerekli disiplinlere sevk etme gibi görevleri vardır. Tıbbi bakım ve danışmanlık yapma gibi görevler ise Psikiyatri hemşirelerininindir (Efe S Y, 2012).

Etik sorunlar, ahlaki olarak yargıda bulunma ve tercihte bulunmayı gerektiren, doğru veya yanlış şeklinde nitelenebilecek düzeyde kesin ve kolay çözümü olmayıp bireylerin ikilemde kalmasına sebep olan sorunlardır (Dinç L, 2009). Hemşirelerin etik sorunları tanımaları ve çözümleyebilmeleri konusunda yerinde kararlar verebilmeleri için, etik sorunu ayırt etme yeteneği şeklinde tanımlanan etik duyarlıklarının yeterince gelişmiş olması gerekir (Aksu T, ve Akyol A, 2011).

Ülkemizde Acil Servis hemşirelerinde ahlaki duyarlılık ve kadına yönelik şiddet (KYŞ) belirtilerini tanıma düzeylerini birlikte inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak çalışmalar doğrultusunda hemşirelerin ahlaki duyarlılıkları ve kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyinin birbiri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Acil servis hemşirelerinin ahlaki duyarlılığın artması ve KYŞ belirtilerini tanıması hasta için en doğru kararın alınması, bakım kalitesinin artması ve otonominin artması açısından önemlidir. Bu nedenle bu araştırmada hemşirelerin ahlaki duyarlılık ve kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeyi arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiyi etkileyen faktörlerin belirlenmesinin konu ile ilgili planlanacak eğitim programlarına, çalışmalara fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Soruları

Acil servis (AS) hemşirelerinin;

1. KYŞ belirtilerini tanıma düzeyleri nedir?
1. KYŞ'nin belirtilerini tanıma düzeyleri sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
2. KYŞ'nin belirtilerini tanıma düzeyleri çalışma özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
3. KYŞ'in belirtilerini tanıma düzeyleri şiddet ile ilgili bilgi ve deneyime sahip olmaya göre farklılık göstermekte midir?
4. ADA'nın ifadelerine katılma durumları nasıldır?

5. Katılımcıların ahlaki duyarlılıkları ve ahlaki duyarlılık alt boyutları hangi seviyededir?
6. ADA'nın toplam puanları ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
7. HEKYŞBTÖ anketi ile ADA'nın karşılaştırılması arasında ilişki var mıdır?
8. HEKYŞBTÖ anketi ile ADA'nın alt boyutlarının karşılaştırılması arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Ölçütleri

2.1.1. Acil Servis

Acil servisler, hastanelerde bireylerin beklenmedik sağlık sorunlarının hiç zaman harcamadan teşhis edilip, bu sorunların giderilmesinde yer alan sağlık hizmeti birimleri olarak veya hastanın fiziksel ya da duygusal açıdan tehdit hissettiği düşüncesi ile başvurduğu ve hastanın ilk müdahalesinin uygulandığı yer olarak tanımlanmaktadır (Kuğuoğlu S, 2004).

Durumu aciliyet arz eden, önceliği olan hastaların tedavilerinin uygulandığı yer acil birimdir. Acil birim uzmanlaşmış bir ekipten oluşup, senenin her günü, hafta sonu dâhil olmak üzere günün her anı hizmet veren, kuruma acil şekilde başvuran hastanın yakınmalarını ve istemlerini ivedilikle çözüme ulaştırabilecek bir temeli olan, esas sorunu belirleyerek ve tedavi edecek teçhizatı bulunan, kısa zamanlı gözlem ve tedavi gerektiren hastalara müdahalede bulunan sistemlerin tamamıdır (Bayar H, 2013).

Acil servislerin konum olarak ulaşılabilir olması, donanımlı olması, yeterliliğinin şeffaf olması, fiziksel şartlarının iyi olması, ekip üyelerinin profesyonelleşmiş olması ve ekip ruhu ile çalışması acil servise başvuran kişilerin memnuniyetini artıracığı gibi verilen hizmet kalitesini de artıracaktır. Hasta ve yakınlarının en kaliteli hizmeti görme hakkı gelişmiş bir ülkenin refah seviyesini göstermektedir.

2.1.1.1 Acil Servis Tarihçesi

Acil sağlık hizmetleri, tıbbın tarihiyle paralel büyüme göstermiştir. Tarih boyunca kazalar, afetler ve savaşlar sonucu zarar gören ve acil sağlık problemiyle karşılaşan hasta ve yaralı olanlar için çeşitli tıbbi müdahaleler yapılmıştır. Mısır'da tahmini 5000 sene önce acil tıbbi uygulamaların geliştirilip uygulandığı, eski Roma ve Yunan

medeniyetlerinde ilk yardım ve savaş alanlarından yaralıların sevk edilmesi uygulamalarının yapıldığı bilinmektedir (James O, 1997).

1990 senesinde Ülkemiz üniversitelerinden Dokuz Eylül Üniversitesinin davetiyle Türkiye'ye gelen ABD'li Acil Tıp Uzmanı Dr. John Fowler, DEÜ Hastanesi Acil Servis biriminde göreve başlayarak Ülkemizdeki acil tıbbın gelişimini esas anlamda başlatmıştır. Dr. John Fowler'ın etkili gayretleriyle 1993 senesinde Acil Tıp Uzmanlığı farklı bir uzmanlık dalı olarak kabul edildi ve aynı sene Ülkemiz 'de Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesinde Acil Tıp Anabilim dalı kuruldu (Sarıhan A, 2014). Bu iki üniversitenin çabası daha sonraki yıllarda Acil Tıbbın gelişmesine büyük katkılar sağlamıştır.

2.1.2. Acil Servis Hemşireliği

AS hemşireliği uygulaması; ihtiyacı belirleme, tanı koyma, tedavi ve değerlendirmeyi içermekle birlikte, karar verme, analitik ve bilimsel düşünme ile soruşturmayı içeren sistemli bir süreci kapsar. AS'de sorunun çözümü; asgari bakım veya ileri yaşam desteği önlemlerini, hasta ve /veya ailenin eğitimini, uygun yönlendirmeyi ve hukuki sonuçlar bilgisini gerektirir (Koç Z, 2019).

Diğer klinik alanlardaki hemşirelik fonksiyonları ile Acil servis bakımında uygulanan hemşirelik fonksiyonları benzerlik göstermekle beraber, birden çok bağımsız değişkenin olması hemşirenin görev ve uygulamalarını kompleks ve stresli duruma getirmektedir. Söz konusu değişkenler;

- Zamanın ve bilgi elde edilebilmenin sınırlı olması,
- Hastaların aciliyet gerektiren durumlarının olması,
- Yoğun bakım, ameliyathane vb. klinik bakım alanları için açıklayıcı bilgi ihtiyacı olasılığının olması,
- Acil Servis ortamındaki olanakların az olması,
- Acil servislerin geniş ve detaylı uygulama alanlarının olması,
- Hastaya hemen tanı konulamamış olması ve olası problemlerin belirsizliği,
- Hayati önem arz etmesi açısından acil klinikte seri ve kritik karar verme sorumluluğunun olması şeklinde ifade edilebilir.

Acil hemşireliği, hemşirelik tanılaması, sonuçların değerlendirilmesi, hastaların mevcut veya potansiyel, ani gelişen ve hemen müdahale edilmesi gereken, fiziksel veya psikolojik, aralıklı veya akut meydana gelen problemlerini değerlendirilmesi açısından önemi büyüktür (Ünaldı N. 2008). AS hemşiresinin farkındalığının yüksek olması, dikkatli olması, değerlendirme yeteneğine sahip olması ve özgüvenli olması gerekliliği aşıkardır.

Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşme ve gelişme sürecinde uzun yıllardır atılan adımlar acil servislerde çalışan hemşireleri de etkilemektedir. Daha önceki yıllarda yeni mezun hemşirelerin sürgün yeri olarak nitelendirilen acil servisler artık tercih edilir bir servis haline gelmiştir. Ülkemizdeki lisans ve lisansüstü programların artması ile de Acil Servis Hemşireliği uzmanlaşma yolunda emin adımlarla ilerlemektedir.

2.1.2.1 Acil Hemşireliğinin Dünya'daki Tarihi

Acil hizmetlerindeki gelişmelerin birçoğuna ilk olarak İngiltere ve Almanya önderlik etmiş ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra acil hizmetleri ABD'de önem kazanmaya başlamıştır. Hemşirelik eğitime verilen önem 1970'lerde belirgin olarak artmış ve acil hemşireliği de uzmanlık olarak Acil Servis Hemşireleri Derneğinin (EDNA) çabaları ile gelişmeye başlamıştır. Acil Hemşireliği Uygulama Standartları ve Acil Hemşireliği Dergisi gibi çığır açıcı çalışmaları EDNA yayınlamış ve sonrasında acil hemşireliği uzmanlığını yasallaştırmaya devam etmiştir (Şelimen D, ve Gürkan A, 2009, Koç Z. 2019). Bu alanda uzmanlaşmak, aynı zamanda en çok ihtiyaç duyulan araştırmaların yapılmasını sağlamak için diğer hemşirelik programları ile birlikte yüksek lisans programları başlatılmıştır. 1985 yılına gelindiğinde grup adını Acil Hemşireleri Derneği olarak değiştirmiştir. Acil Hemşireliği Uygulama Standartları güncellenmiştir. 1990'lı yıllarda hemşirelikte yenilik ve liderlik ön plana çıkmıştır. Araştırma ve burslarla acil hemşireliğini teşvik etmek amacıyla Acil Hemşireler Derneği Vakfı (ENAF) kurulmuştur. Acil hemşireliği ve hasta bakımını desteklemek için rehberler yayınlanmıştır. 1995 yılında acil hemşireliği uygulama kapsamı, yaralanmanın önlenmesini de içine alacak şekilde genişletilmiştir. 2000'li yıllarda temel yetkinlikleri

hedef almış; yönetim, savunma, üyelik, mesleki gelişim, araştırma ve uygulama gibi kavramlar etrafında yeniden organize olmuştur (Koç Z, 2019).

2.1.2.2. Acil Hemşireliğinin Türkiye’deki Tarihi

Bilimdeki ilerleme ve hemşirelikteki değişim ile birlikte 1970’li yıllarda dal hemşireliğinin oluşmasına olanak tanımış ve acil hemşireliğinin kapsamlı bilgi temeline dayanan, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada hizmet sağlayan rol ve sorumluluklarına yeni bakış açıları sunmuştur. Ülkemizde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Acil Hemşireliği yüksek lisans eğitimini başlatması ile acil hemşireliğinde uzmanlaşma alanına 1996-1997 yıllarında gidilmiştir. Daha sonraları 25.04.2007 5634 sayılı Kanun ile hemşirelerin çalışma alanlarına-pozisyonlarına göre rol ve sorumlulukları açıklanmıştır. Daha sonraları 27515 sayılı 8 Mart 2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde acil servis hemşiresinin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları açıkça belirtilmiştir (Ünaldı, N, 2008, Sağlık Bakanlığı, 2010, Orkun N ve ark., 2017).

2.1.2.3. Acil Servis Hemşiresinin Görevleri

27910 sayılı ve 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te acil servis hemşirelerinin yetkileri belirlenmiştir.

- Hastanın fiziksel çevre güvenliği ve enfeksiyon kontrolü için gerekli önlemleri alır.
- İşlemlerini, acil servis işleyiş kuralları ve talimatlarına göre yapar.
- Hastanın acil serviste diğer hastaları ve kendini rahatsız edici davranışlarına karşı koruyucu tedbirler alır.
- Oksijen, buhar ve nebulizatör tedavisi uygular. Hastanın ihtiyacı varsa öksürük ve solunum egzersizi yaptırır.
- Hasta iletişiminde terapötik iletişim teknikleri kullanır.

- Kardiyopulmoner resusitasyon ve hastaların ilk stabilizasyonunda hekimi destekler.
- Aldığı çıkardığı takibi, enteral ve parenteral beslenme, lavman yapar.
- Gereksinimi olan hastaya sürgü, ördek verir; foley sonda bakımı yapar.
- Dren ve kanama kontrolü yapar.
- Hekimin yazdığı ve imzalı olan istemini alır sonrasında forma kaydeder.
- Hastanın oral/parenteral ilaç uygulamasını yapar.
- Hastadan aldığı biyolojik materyallerinin ve kan tüplerinin üzerine hastanın adını, soyadını ve protokol numarasını yazar.
- Soğuk/Sıcak uygulama yapar, ihtiyaca göre hastaya uygun pozisyon verir, mobilizasyonuna yardımcı olur.
- Canlandırma ve müdahale odalarının düzenlenmesini sağlar, malzemelerini kontrol eder varsa eksiklerini yerine koyar.
- Kendi bakımını yapamayacak durumda olan hastaya bakım yapar (ağız, el-yüz, saç, göz, ayak, vücut silme, perine bakımı).
- Ölümü gerçekleşen hastayı hazırlar, morga gönderir.
- Hastaya kullanılan sarf malzemeleri ve tedavi de kullanılan ilaçları takip eder, gerekli kayıtları tutar.
- Hastaya ihtiyaca yönelik eğitimler verir, stajyer hemşirelerin eğitimine katkıda bulunur.
- Hemşirelik mesleğinin gelişimi için kongre, kurs, seminer ve hizmet içi eğitimlere katılım sağlar.
- Hastane Afet Planı'nın üyesi olarak daha önceden belirlenen görevleri yapar.
- Bağlı olduğu yöneticiye, çalışmaları ile ilgili bilgi verir ve kendisine verilen konusu ile ilgili diğer görevleri de yapar.

Acil servisler doğası itibariyle kalabalık ve gürültülü olması nedeniyle karışıklıklara yol açabilmektedir ve bu karışıklıklar hem hemşirelerin hem de hastaların zarar görmesine neden olabilmektedir. Çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluklarını bilmesi bu zararları engellediği gibi aynı zaman da yapılan mesleğin statüsünü de korumaktadır.

2.1.3. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramsal Tanımlamaları

2.1.3.1. Etik

Kısa anlamı “ahlak felsefesi” olan etik, “değerler, normlar, kurallar gibi insanların geliştirdiği toplumsal ve kişisel ilişkilerin temelini oluşturan kavramları doğru-yanlış veya iyi-kötü gibi ahlaki bakımdan inceleyen düşünce bilimi dalıdır.” (Karadağlı F, 2016).

Etik, insanın toplum içerisinde sergilediği ve toplumun diğer fertlerini etkileyen sonuçları olan davranışları göstermeleri ve bunları şekillendiren düşüncelerle ilgilidir. Bu olay kapsamında etiğin somut bir biçimde ortaya çıkışı üç şekilde olmaktadır. Bunlar,

- Felsefenin temel kolu olarak etik, bireyin ideal olan davranışlarını çözmeyi hedeflemekte olup davranış bakımından iyi olanın ne olduğu ve nelerin iyi olduğunu ele almaktadır.
- Genel ahlak olarak etik, toplumsal hayatta etiğin karşılığı, bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerinde yapması gerekenleri ve nelerden uzak durmaları gerektiği ile ilgili bir kurallar bütünüdür.
- İki maddeye göre daha yeni olan ve diğer maddelerin sentezi olan mesleki etik ise belirli bir alanda faaliyette bulunan insanların uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana has uygulamalardaki yapılması beklenen davranışların araştırıldığı alandır (Yıldırım, G, 2008).

17. yüzyıldan bu yana dünyada toplumsal ilerlemeler devam etmiş, etik kavramı da bu zaman içinde sıklıkla gündeme gelmiş ve zaman içerisinde çeşitli değişikliklere maruz kalmıştır. Etik kavramının bu kadar değişime uğraması onun; ahlakla, dinle, gelenek ve

göreneklerle, inançla, kültürle, bazen de yasa ve düzenlemelerle yakından ilgili olmasından kaynaklanmaktadır (Orhan F, 2007).

2.1.3.2. Etik Değer/Etik İlke

İnsan davranışlarına yön gösteren ve gerekçelendiren bir yönerge veya öneri niteliğine sahip olan etik değer oldukça önemlidir. Diğer bir ifadeyle bireyin zihninde davranışlarını belirleyen düşünme süreci için ölçüt, toplum düzeyinde davranışlarını belirleyen kurallar için ise kaynak oluşturmaktadırlar. Farklı çerçevelere ilişkin temel davranış ve yaklaşımlara yön gösteren ve ölçüt oluşturan en temel, genel ve soyut kuralları ifade eden ise ilke kavramıdır. Genellikle ilke ve değer eş anlamlı olmasa da etik açısından ele alındığında bu iki kavram zaman zaman birbiri yerine kullanılabilir (Yıldırım G ve Kadioğlu S, 2007).

Profesyonel bir meslek olan hemşirelik, insan faktörünü içinde barındırdığından hemşire etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir. Bu ilkelerle hemşire, ahlaki yönünün farkındalığında olaylar karşısında ahlaki duyarlılığının ve mesleki uygulamalarda sorumluluklarının daha fazla farkında olarak topluma ve dolayısıyla insanlığa daha kaliteli bir bakım verirken rol model olacaktır. Hemşire hastasına uygulama yaparken farkında olması ve değer vermesi gereken etik ilkeler yararlılık, özerklik, zarar vermeme, gizlilik, dürüstlük, adalet ve sadakattir (Karadağlı F, 2016, Karaöz S, 2000).

Genel olarak etik ilkeleri birkaç başlık altında sınıflandırabiliriz. Bunlar zarar vermeme ilkesi, adalet ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi, gizlilik, güvenilirlik ve mahremiyet ilkesidir.

Hastalığın doğal gidişini etkileme çabası içerisinde öncelikle hastayı zarara uğratmadan müdahalede bulunabilmeyi zarar vermeme ilkesi olarak ifade edebiliriz. Zarar vermiyor olmak aslında tüm insanlık için geçerli bir erdemdir. Zarar verme, herhangi bir hareketle ya da ihmalle oluşabilir (Taylan S. ve ark. 2008).

Adalet ilkesi ise tıbbın toplumsal bir kurum olarak yararlı ve saygın bir şekilde faaliyet göstermesi bakımından en baştaki ilkelerden biridir. Tıbbi olanakların gereksinim duyanlara, eşit ve adil dağılması da sağlık alanında adalet ilkesi olarak ifade edilmektedir (Taylan S. Ve ark. 2008).

Kişinin özerkliğini ifade ettiği eylemlerine diğer bireylerin saygı duyması ve kişinin de bu saygıyı bekleme hakkına sahip olması özerkliğe saygı ilkesidir. Özerkliğe saygı ilkesinin hayata geçirilmesi sağlık çalışanlarının en önde gelen sorumluluklarından biridir (Elçioğlu E, 2003).

Gizlilik, güvenilirlik ve mahremiyet ilkesi, şahsi bir haktır. Kişinin kendine ait bilgi ve sırlarının başka kişiler tarafından bilinme durumunu kontrol etme hakkını ifade eder. Gizlilik, kişinin başka bireylerin mahremiyetini gözetmesini içerir. Bunların neticesinde hemşire-hasta ilişkisinde güven duygusu oluşmaktadır (Burkhardt MA ve Nathaniel AK, 2013).

2.1.3.3. Tıp Etiği

Etik, insanın yapıp ettiklerinin değeri, iyi-kötü olarak nitelenmeleri üzerine sistematik bir düşünme etkinliği iken bu sistemli düşünme etkinliğinin tıp alanı içerisindeki farklılaşmış bir uzantısına da tıp etiği denir. Amacı tıp uygulamaları esnasında veya ondan dolayı meydana gelen etik sorunları bilmek, kavramak, çözümlmek ve çözüm yolları geliştirmektir. Tıp etiğinin soruları açık uçlu sorular olmasından dolayı, bu kapsamdaki sistemli düşünmenin amacı kesin yanıtlar çıkartmaktan çok güvenilir, tutarlı ve haklı çıkarılabilir değerlendirmelerle uygulanabilir önerilere erişmektir (Aydın E, 2001).

2.1.3.4. Etik Kural-Etik Kod

Etik ilkeler gibi davranışlara yön veren ve ölçüt oluşturan, etik ilkelere göre daha özel ve somut olan ve etik ilkelerden oluşturulan düzenlemelere etik kurallar denir. Etik kod tabiri ise belirli bir konudaki etik kurallar grubunu ifade eder (Kadioğlu S, 2007).

Genel olarak üç esas fonksiyonu meslek etiği kodlarının yerine getirmesi beklenmektedir. Bunlardan birincisi mesleğin hedeflerinin toplum ve mesleği yerine getirenler arasında paylaşılmasını sağlayabilmek, ikincisi meslekteki etik davranışlara yol gösterebilmek, sonuncusu hedeflenen standartların altında kalan davranışları düzen ile

birlikte denetim altına almak ve kabul edilir davranış normlarının geliştirilmesini sağlayabilmektir (Aydın İ, 2006).

2.1.3.5. Etik Sorun

Etik sorun, davranışın iyi olması ile ilgili tereddütlerin veya itirazların meydana gelmesi sonucu oluşan hususlardır. Doğal olarak davranışın sergilendiği toplumsal ortamda da davranışı belirleyen zihinsel süreçte de söz konusu olabilir. Bu çerçevede etik sorun, davranışın biçimlendirilmesi konusunda belirsizlik yaşanması durumunda ortaya çıkmışsa “etik ikilem” ve üzerinde uzlaşmaya varılmış davranış şekline aykırı hareket sergilenmesi durumunda ortaya çıkmışsa “etik ihlali” olarak sınıflandırılabilir (Yıldırım G, Kadioğlu S, 2007).

Sağlık çalışanları sağlık hizmeti sunumu sırasında etik ikilemlerle baş edebilmek için çözüm yolları üretmek durumunda kalabilmektedirler. Çünkü sağlık etiği her zaman hastasının zarara uğramasına neden olacak kararlardan uzak durmasını, hastanın sağlığını yeniden kazandıran, sürdüren ve artıran kararlar almada tutarlı davranılmasını gerektirmektedir. Karar verme aşamasında hastanın beklentileri ve değerleri yönünde birey için en yerinde etik ilkenin hangi etik ilke olduğuna kişi ile karar verilerek başlatılması önerilmektedir (Oğuz Y ve ark., 2005).

2.1.3.6. Etik duyarlılık

Etik duyarlılık etik ilke ve kuralları bilmek ile ilgilidir. İngiliz filozof Shaftesbury tarafından geliştirilen etik duyarlılık kavramı daha önce 17. Yüzyılda İngiliz filozoflarca ortaya atılmıştır. Shaftesbury etik duyarlılığın kişinin davranışları ve duygularını yansıtmaya becerisi olduğunu ve kişi için hangisinin daha iyi veya daha kötü olduğu ile ilgilendiğini belirtmektedir. İskoç düşünür Hutcheson ise etik duyarlılık kavramını “onay ve onaylamama duygularının deneyimle olan ilişkisi” üzerinden açıklayarak teorisini geliştirmiştir. Hutcheson’a göre onaylama hissi, etik duyarlılığı ifade etmekte ve bireyin iyiliği için yapılan eylemler etik olarak onaylanabilmektedir. (Lützen ve ark., 2006).

2.1.4. Ahlaki Duyarlılık

Ahlaki cevabın olmazsa olmaz bir kısmı olan duyarlılık, sağlıklı ya da hasta kişinin gerçek durumunun değerlendirilmesi olarak algılanmalıdır. Ahlaki duyarlılık etik bakımından müdafaa edilebilecek bir yargıyı içermelidir. Ahlaki duyarlılık eğitim kanalıyla ilerler ve gelişim gösterir, mesleki yeterliliği devam ettirme ve mesleğin etik şifrelerine uygun davranışları göstermekle sürdürülür (Yancey 1997).

Hastaların savunucusu olarak hemşireler, etik sorunların çözümünde önemli rol oynamaktadır. Hastayla devamlı temasta olan hemşireler, herhangi bir etik sorununu süratli bir şekilde anlayabilirler. Etik bir sorunun varlığının belirlenmesi ve benimsenmesi ahlaki duyarlılığı gerektirir. Mevcut etik konuların farkında olma ve bu durumun bireyler açısından önemini belirleme becerisi ahlaki duyarlılık olarak tanımlanmaktadır (Tosun, 2005; Orgun ve Khorshid, 2009).

2.1.4.1. Ahlak ve Etik İlişkisi

Etik duyarlılık etik ilkeleri ve kuralları biliyor olmakla alakalı iken ahlaki duyarlılık en çok kişilerin arasındaki ilişkileri bilme ile alakalıdır. Ersoy ve Gündoğmuş; etik duyarlılığı bir süreç olarak tarif etmiştir. Bu süreç içerisinde kişi etik sorunların farkındadır ve bu durumu tarif edebilir, durumla ilgili seçenekler üzerine karar verebilir (Ersoy N ve Gündoğmuş Ü, 2003).

Var olan etik bir sorunun ayırt edilmesi olarak tanımlanan etik ahlaki duyarlılık; sorunlara açıklık getirme, etik sorunları çözme, yapılan eylemi haklı çıkartma veya meydana gelen bir etik ikilemi engelleyebilmektir. Başka bir ifadeyle, insan sağlığını oldukça yakından ilgilendiren durumlar karşısında etik değerlerin bilinmesi olarak da ifade edilebilir. Etik ahlaki duyarlılık eğitim ile gelişir, mesleki kodlara uygun tavır sergilemekle devam ettirilir ve bireyin değer yargılarından etkilenir. Böyle bir durumda profesyonel değerlere sahip bir hemşirenin, klasik hemşire hasta ilişkisinden çağdaş hemşirelik modelinde yer alan karşılıklı sorumlulukların belirlendiği hasta hemşire ilişkisini tercih edip, etik değerleri de göz önünde bulundurarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi oldukça önemlidir (Kahriman İ ve ark, 2017).

Etik yönden karar verme ahlaki kategorilerde düşünme yeteneğine ve etik duyarlılığın varlığına bağlıdır. Bu kademelerin gelişimi bilgiyi ve tecrübeyi getirir. Etik açıdan duyarlılık ise kişinin sağlığını ilgilendiren aşamalardaki etik değerleri bilmeyi içerir. Bu, bireyin sözlü ve sözsüz davranışlarını, ihtiyaçlarını ve taleplerini tanıma, yorumlama ve bunlara uyumlu bir biçimde cevap verebilme bakışı ile olur. Ahlaki duyarlılık eğitim, kültür, yaşam deneyimleri ve dinden etkilenir. Sağlık profesyonellerinden biri olan hemşirelerin hasta bakımındaki hükümlerini belirleyen bilimsel yaklaşımın yanında kendine özgün bir değerlendirmesi vardır (Tosun 2005).

Ahlak, insanlara ve toplumlara özgü bir özelliktir. Bununla beraber dini inançlar, tarih, gelenekler, eğitim gibi pek çok farklı kültürel faktörün etkisinde kalır. Etik disiplininin çalışma alanını insanın bu karışık ve çok katmanlı yapısının entelektüel çözümlemesi oluşturur. Ahlaki davranışın yapısını, evrensel boyutunu ve değişim gösteren özelliklerini bulup ortaya çıkarmak çalışma disiplininin amacıdır. Ahlak ve etiğin çoğu zaman eş anlamlı olarak kullanılmasının temel sebebi amaçlarının ortak olmasıdır. Bu amaç, bir kişinin veya bir topluluğun şahsi, karakter özelliklerini, tutum ve davranışlarını incelemek, bunları ilerletip kusursuzlaştırmaktır (Ülman Y, 2010).

2.2. Kadına Yönelik Şiddet

2.2.1. Şiddetin Tanımı

DSÖ, “Fiziksel gücün kasıtlı olarak bir tehdit veya eylem şeklinde bir başkasına uygulanması sonucu, maruz bırakılan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik hasara neden olması ya da olma olasılığı bulunması” durumu olarak ifade etmektedir. Fiziksel güç kullanımı ifadesinde güç kullanımı geleneksel şiddet içeren hareketlere ilave olarak anlamı genişletilerek ihmal eylemlerini de barındırır (Krug EG ve ark, 2002).

Şiddet, herhangi bir konuda üstünlüğü olanın buna dayanarak üstünlüğü olmayana zarar vermesi olarak tarif edilebilir. Bu tariftten yola çıkarak müşkül olan grubun şiddete uğradığı görülmektedir. Genelde toplumsal açıdan bakıldığında yaşlılar, çocuklar, engelliler ve kadınlar şiddetle sık karşılaşan gruplardır (Akkuş ve Yıldırım, 2018).

Şiddet sadece insana karşı yapılan bir eylem olmamakla birlikte hayvana, doğaya veya eşyaya da uygulanabilmektedir. Şiddetin sebebi ne olursa olsun, kime uygulanırsa

uygulansın çözüm yolu olmayacağı unutulmamalıdır. Şiddet gören kişide bıraktığı derin maddi ve manevi yaralar düşünüldüğünde şiddetin engellenmesi için toplumsal olarak yol almalıyız ve gelecek kuşakları eğitmeliyiz.

2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı ve Tarihçesi

Kadının fiziksel, psikolojik, ekonomik ya da cinsel yönden zarara uğramasına, acı çekmesine sebep olan ya da sebep olabilecek olan her türlü baskı ve sıkıntı verici hareket ya da eylem tehdidi kadına yönelik şiddeti ifade eder (Işık N.S.,2008).

KYŞ halen bütün insanlığın ayıbı olarak günümüzde karşımıza çıkmaktadır. Şiddeti uygulayan genellikle eş veya erkek arkadaş olmakla birlikte baba, çocuk, akraba veya arkadaş çevresi gibi farklı kişilerden de gelebilmektedir. Kadınların kendini savunmasız ve çaresiz hissetmesine neden olan şiddet toplumun kendi oluşturduğu sonuçlardandır. Şiddeti uygulayanın ataerkil toplumda yaşadığını ifade ederek olayı normalleştirme çalışması maalesef sık gördüğümüz bir durumdur.

1970’lerden sonra birçok ülkede şiddet kadın hareketleri tarafından dikkat çekilen konu olmuştur. “Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi” Sözleşmesinin 1981 yılında imzalanması ve 1994 Pekin Eylem Platformu ve Deklarasyonu ile bu husus hakkında somut adımlar atılmıştır (Vatandaş C, 2007).

11 Mayıs 2011 tarihinde “Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi”, Avrupa Konseyi Komitesi tarafından İstanbul’da imzaya açılmıştır. Bu şehirde imzaya açılmış olması sebebiyle bu sözleşme “İstanbul Sözleşmesi” olarak isimlendirilmektedir. Ülkemiz, Sözleşmeyi imzaya açıldığı tarihte kabul etmiş; imzalamış ve 14 Mart 2012 tarihinde kabul eden ilk ülke olmuştur. Bu sözleşme, 01.08.2014 tarihinde yürürlüğe girmesine rağmen 20 Mart 2021 tarihinde Bakanlar Kurulu onayıyla sözleşmeden Ülkemiz çekilmiştir.

2.2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Türleri

Uluslararası belgelerden yola çıkarak KYŞ’i uygulanan; duygusal, fiziksel, ekonomik ve cinsel olmak üzere dört farklı şekilde ön plana çıkmaktadır. Çoğu kez bu şiddet türleri iç içe geçebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, bir ailede bir türden şiddet

yaşanıyorsa genellikle diğer şiddet türlerinin bazıları veya hepsi görülebilmektedir (Erbek E EN ve ark, 2004).

2.2.3.1 Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, orantısız ve fazla güç kullanarak karşısındaki kişiye acı yaşatmak ve zarara uğratmak amacı ile uygulanan, yaranmalara ve ölümlere neden olan şiddet çeşididir. Küçük bir tokat ile başlayabilen fiziksel şiddet ölüm ile sonuçlanmaya kadar uzanabilir (Öztürk A B, 2014).

Toplumsal öğrenme, yetiştirilme biçimi, kişilik bozukluğu ve ruh sağlığı gibi sebepleri olan şiddet ve saldırgan davranışlar oldukça önemlidir. Toplumda erkeklerin koruyucu, kahraman, lider, yönetici gibi görülmesi; kadınlardan daha saygın ve güçlü olarak kabul görmesi, agresif saldırgan eylemler ile şiddet göstermeye ilişkin yanlış ve kötü örnekler neden olmuştur. Böylece, babadan oğula geçen, erkekten erkeğe aktarılan toplumda kavgacı davranışların fazlalaşmasını, yaygınlaşmasını sağlamıştır (Bütün C, 2002).

Fiziksel şiddete maruz kalan kişilerin aynı zamanda diğer şiddet türlerine de maruz kaldığı düşünülmektedir. Aynı anda hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalan kişilerin bedenlerinde ve psikolojilerindeki oluşan derin yaraların büyük problemlere yol açtığı aşıkardır.

2.2.3.2. Ekonomik Şiddet

Erkek tarafından kadının statü sahibi olacağı ve ekonomik bağımsızlığını elde edebileceği bir işte çalışmasını engellemek, ailenin giderlerini karşılamaya zorlamak, kredi çektilip borçlandırılmak, maaş kartının elinden almak, çalışmaya zorlamak, kadının bir iş sahibi olmadığı ve çalışmadığı durumlarda evin geçimi için gerekli yeterli parayı vermemek, aile gelirini kötü alışkanlıklara harcamak gibi eylemleri kapsayan şiddet türüne Ekonomik şiddet denilmektedir. (Şenol ve Yıldız, 2013).

Ekonomik şiddet kadının uğradığı çeşitli şiddet çeşitlerinin temelinde barınmaktadır. Ekonomik şiddet, kadınları ekonomik anlamda şiddet uygulayana bağımlı kıldığı için kadınların hem fiziksel hem duygusal hem de cinsel şiddete maruz

kalmalarına neden olmaktadır (Gökkaya V, 2011). Tablo 2.2.3.2 de Ekonomik şiddetin nedenleri, sonuçları ve diğer türleri ile olan ilişkisi ele alınmıştır.

Tablo 2.2.3.2. Ekonomik Şiddetin Nedenleri, Sonuçları Ve Diğer Şiddet Türleri İle Olan İlişkisi

Nedenler	Ekonomik Şiddet	Sonuçları	Diğer Şiddet Türleri İle Olan İlişkisi
Toplumsal cinsiyet, örf ve adetler	Kadının çalışmasına karşı çıkmak	Yoksulluk	Fiziksel, Kültürel ve Psikolojik
Sosyal düalizm, Toplumsal cinsiyet ve eğitim	Aile ile ilgili ekonomik alanlardaki kararları kadının fikrini almadan tek başına karar vermek	Kadının var kabul edilmemesi	Fiziksel, Psikolojik ve Kültürel
Toplumsal cinsiyet örf ve adetler, ekonomik yapı, yoksulluk, işsizlik	Kadının kendi parasına ve kişisel mallarına el koymak	Kadının sosyo-ekonomik düzeyini aşağı çekmek, kadını fakirleştirmek	Cinsel, Fiziksel, Kültürel ve Psikolojik
Toplumsal cinsiyet, eğitim, ekonomik yapı, düalizm	Kadının çalıştığı kurumda yükselmesini engelleyecek sınırlandırmalar getirmek (iş seyahatlerine, toplantılara, kurslara katılmasına engel olmak),	Kadını yoksullaştırmak, Kadının sosyo-ekonomik seviyesini düşürmek	Psikolojik, Fiziksel ve Cinsel
Toplumsal cinsiyet, örf ve adetler, eğitim	İş yerinde olay çıkarmak sebebiyle kadının işten çıkarılmasına neden olmak	Kadını yoksullaştırmak, Kadının sosyo-ekonomik seviyesini düşürmek,	Psikolojik ve Fiziksel
Ekonomik yapı, yoksulluk, işsizlik	Kadını çalışmak istemediği işte zorla çalıştırmak	İşgücü istismarı	Psikolojik, Fiziksel ve Cinsel
Ekonomik yapı, yoksulluk, işsizlik	Kadının para harcamasını kısıtlamak, az para vererek çok şey beklemek	Ailenin ve evin ihtiyaçlarının karşılanamaması	Kültürel, Fiziksel ve Psikolojik

[ADAÇAY, F R./GÜNEY, G. (2012). “Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet”, Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu Bildiri Kitabı I. Cilt, (Editörler: ŞENOL, Dolunay/YILDIZ, Sıtkı/KIYMAZ, Talat/KALA, Hasan), Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, Ankara, s. 326.]

2.2.3.3. Cinsel Şiddet

Cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasına cinsel şiddet denir. Cinsel şiddet genel olarak kadının hoşuna gitmeyen biçimde söz ile rahatsızlık verme, şaka ve dokunmayla başlayabilmektedir. Eşini cinsel birlikteliğe zorlama, orantılı olmayan kıskanma ve cinsel suçlama (aldatma, yetersizlik...) da cinsel şiddetin biçimlerindendir. Cinsel şiddet vakalarında kadının grup ile yapılan cinsel birlikteliği ya da anal ilişkiye zorlanması veya cinsel birliktelik esnasında kadına acı veren materyallerin kullanılması gibi sapma davranışları da görülebilmektedir. Bu şiddeti uygulayan erkekler, aslında kadını bir eş olarak görmemektedirler. Bu sebeple de kadının ihtiyaçlarını ya da doyumunu umursamazlar. Bu tarz erkekler için kadın bedeni cezalandırma objesidir (Aktaş AM, 2006).

Kadın üzerinde çok yönlü travmaya neden olan çoğu zaman hem fiziksel hem de duygusal şiddeti de içeren cinsel şiddet ağır bir suç eylemidir. Türkiye’de ne yazık ki sıklıkla karşılaşılan berdel, kuma, beşik kertmesi gibi kadın tarafından kadının rızası dışında zorlanarak yaptırılan evlilikler de cinsel şiddet kapsamına girmektedir (Altınay AG, 2007).

Cinsel şiddetin olduğunu gösteren bazı davranışlardan bazıları şunlardır:

- Kadını cinsel bir meta gibi görmek
- Kadının cinsel anlamda istediklerini, ihtiyaçlarını görmezden gelme, dikkate almama veya dalga geçme
- Özellikle cinsel bölgelere yabancı eşyalar ile işkence etmek gibi sadist uygulamalar yapmak
- Cinselliği cezalandırma şekli olarak kullanmak
- Fuhuş yapmaya zorlama
- Alenen başka kadınlara ilgi göstermek
- Aşırı kıskançlık ve şüphecilik
- Orantısız ve aşırı güç kullanarak kadını cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüzde bulunmak (Uysal A. 2006).

Cinsel şiddeti gösteren kişiler sadece eğitimsiz, yoksul ve suça eğilimli insanlar değildir; bu kişiler her çeşitli sosyoekonomik seviyeden, meslek grubundan, eğitim

düzeyinden ve yaştan olabilmektedir. Medyada birçok örneğini gördüğümüz bu durum kadına yönelik cinsel şiddetin önlenmesinde güçlükler yol açmaktadır.

2.2.3.4. Psikolojik/Duygusal Şiddet

Azarlama, hakaret etme, aşağılama, küçük görme, küsme, kıskançlık, iletişimi engelleme nedeniyle sevdikleri ile görüşmesine izin vermeme, sürekli baskıcı olma nedeniyle ve kontrol altına alma isteğiyle kadının kişiliğini zayıflatmaya ve yok etmeye dair tavır ve davranışları içeren şiddet biçimi kadına yönelik aile içi psikolojik şiddeti ifade etmektedir (Çiftçi S, 2011).

Psikolojik şiddete örnek olarak gösterilebilecek tipik tutumlar; kadının alışkanlıkları veya hatalarıyla dalga geçmek, duygularını, hislerini önemsemeyerek kadının öz-saygısını yitirmesine, değerli olmadığı duygusuna kapılmasına sebep olmak; ailesiyle, arkadaşlarıyla görüşmesine izin vermemektir. Ayrıca, maddi ve manevi yardım alabileceği imkanlara erişimini kısıtlamak ve görüştüğü bireyleri kontrol ederek kadını soyutlamak, başka insanların önünde küçük düşürme gibi davranışlarla kadına sözlü saldırganlık göstermek; kadının inançlarını, değerlerini, ırkını aşağılamak ve kadını bunlara aykırı davranmaya mecbur kılmak da yine bunlara örnektir (Hinderliter ve ark 2003).

Duygusal şiddetin varlığını gösteren bazı davranışlar şunlardır:

- Kadının ırkına, dinine, diline, yetiştiği kültür topluluğuna veya geçmişine ait önem verdiği inançlarının hor görülmesi veya onlara saygı duymadan tersi yönde davranma konusunda diretmesi
- Sevgi, ilgi, şefkat, onay gibi duyguların ve duygusal ihtiyaçların görmezden gelinmesi, önemsenmemesi, küçük görülmesi, kabul edilmemesi
- Cezalandırma şekli olarak kadının çocuklarını kullanmak
- Düzenli bir şekilde evden kadını atmak veya evden kovmakla tehdit etmek
- Sıklıkla kadınına, çocuklarına veya sevdiği kişilere zarar vereceğini söyleyerek tehdit etmek,
- Düzenli şekilde başka kişilerin yanında küçük düşürücü davranışta bulunmak ve sözler söylemek,

- Yalan, bağırma, eşyaları kırıp dökme, tehdit veya bakışlarla sinirlendirmeye çalışmak (Uysal A. 2006).

2.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Kadınların şiddete maruz kalması toplumun erkek egemen yapısının baskın olmasından kaynaklanmaktadır. Kadına şiddeti besleyen olgular arasında şunları sayabiliriz: ataerkil toplum geleneği nedenli erkeğin kendini kadına göre üstün konumlaması, hizmetin kadın tarafından erkeğe zorunlu bir görev gibi kabul edilmesi ve erkeğin aile içinde daha fazla söz sahibi olmasının normal unsur olarak karşılanması. Cinsel rol kalıpları içinde yaşanan kültürde toplumsal rollerin sınıflandırılması nedeniyle erkek bireylere erkek olma kalıbı içerisinde kadına çeşitli yollarda kötü davranışlarda bulunma, kibar davranışlardan olabildiğince kaçınıp onu açıkça aşağılayıp küçümseme, ailenin reisi olma, gerektiğinde de fiziksel şiddete başvurmadan kaçınılmaması öğretilmektedir. Ne yazık ki erkek olduğu için şiddet uygulaması onaylanmakta ve teşvik edilmektedir. Buna rağmen, kız çocuklarının sosyal hayatlarında söylenenlere boyun eğmeye, çekingenliğe alıştıırılarak yetiştirilmekte olduğundan kadın erkeği kendisinden üstün görmeyi öğrenmektedir. Kadın, kendi yaşamını şekillendirmeyi ve otoriteyi erkeğe bırakmaktadır (Gutmanis ve ark 2007).

Johnson'a göre eş şiddetinin doğasında iki temel düşünce olduğu belirtilmektedir. Bunlar aile reisliği terörizmi ve çiftlerin ortak şiddetidir. Geleneksel bir düşünce ürünü olan aile reisliği terörizminde erkek kadın üzerinde iktidar ve kontrolü için çeşitli taktikler kullanmaktadır. Bunlar, baskı ve tehdit, korkutma, tecrit, küçültme, duygusal istismar, erkek ayrıcalığının kullanımı ve başka kontrol yöntemleridir. Çiftlerin ortak şiddetinde ise cinsiyetin rolü daha azdır ve kadın ya da erkek şiddetin uygulayıcısı olabilmektedir (Johnson MP, 1995).

Ülkemizde namus ve ahlaki değer anlayışı, toplum gelenek-görenek ve yapısı, eğitim ve gelir düzeyi, ataerkil toplum düzeni gibi düşünceler KYŞ'i meydana getirmektedir (Sarpdağ 2005).

Şiddete başvuran kişilerin çocuklukları incelendiğinde ilgisiz, sevgisiz büyütüldüğü ve ailesinde çok sık şiddet uygulamaları olduğu görülmektedir. Bu şekilde büyütülen çocukların ileride aynı davranışları kendi eş ve çocuklarına göstereceği

unutulmamalıdır. Bu kısır döngüyü kırmak için ailelere çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Şiddetin önlenmesi ve sağlıklı nesillerin yetişmesi için koruyucu devlet politikalarının da önemi oldukça fazladır.

Ülkemiz 'de kadına yönelik aile içi şiddetin nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre kadının ev içi görevlerini yerine getirememesi, erkeğin bazı sağlık sorunları yaşaması, erkeğin cinsel isteklerinin yerine getirilmemesi, erkeğin hiçbir açıklama ya da nedene bağlı olmadan şiddet uygulaması, kadını kıskanması, kadının izinsiz bir yere gitmesi, kadının savunduğu düşünceler gibi nedenler olarak görülmektedir (Kocacık 2009). Tabi ki bu nedenlerin hiçbirisi şiddeti meşrulaştırmıyor.

2.2.5. Kadına Yönelik Uygulanan Şiddetin Kadının Sağlığına Etkileri

Kadına uygulanan şiddetin etkileri, kısa ve uzun vadede olmak üzere bireysel olarak kadında fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda sorunlara yol açar. Şiddetin kadın üzerindeki etkisi şiddetin türü, ağırlığı, süresi ile kadının yaşı, şiddetle mücadele etme becerisi ve sahip olduğu sosyal desteğe göre değişiklik gösterir (STEWART, D. E. Ve ark. 1998).

Aile içi şiddet oldukça önemli bir sağlık problemidir. Çünkü sonucunda, kadınlarda fiziksel yaralanmalar, kronik sağlık sorunları (irritabl bağırsak sendromu, baş ağrısı, sırt ağrısı...), istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük oranlarında artış, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarında artış, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS görülme sıklığında artış, anksiyete, depresyon, post-travmatik stres sendromu ve intihar gibi sağlık problemleri oluşmaktadır (Anderson, P. 2002).

Kadının cinsel ve üreme sağlığı da şiddetten kötü yönde etkilenir. HIV gibi cinsel yolla geçen hastalıklar, kronik pelvik ağrı, vajinal enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonu, düzensiz vajinal kanama, vajinal akıntı, premenstrüel şikayetlerde artış, ağırlı menstrüasyon, cinsel bozukluklar, kısırlık, istenmeyen hamilelikler ve bu istenmeyen hamilelikler sonucu kürtaj olma gibi durumlar in kadının cinsel sağlığına olumsuz etkileridir (DEMİR S. ve ark, 2015).

KYŞ'e tanık olan çocuklar da şiddetin görünmeyen mağdurları haline gelmektedir. Şiddet içeren bir ailede büyüyen çocuklar, büyüdüklerinde doğrudan şiddet

uygulayan ya da şiddet görmeye bağlı bir dizi ruhsal ve davranışsal sağlık sorunları yaşayabilmektedir. Ayrıca, eşinden şiddet gören annelerin bir süre sonra çocuklarını da istismar etme ihtimali bulunmaktadır (İbiloğlu, 2012).

Kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen şiddete kimi kadınlar bir seferlik değil ömür boyu maruz kalabilmektedir. Şiddet uygulayanın sürekli şiddet uyguladığı düşünüldüğünde sağlık problemlerinin ilerleyen zamanlarda daha da büyük sıkıntılara yol açacağı aşikardır. KYŞ yüzünden hayatını kaybeden kadınların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Bu sebeple şiddetin hiç yaşanmaması ve sürekliliğinin engellenmesi gerekmektedir.

2.2.6. Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı

2.2.6.1.Dünyada Kadına Yönelik Şiddet

Bütün dünya ülkeleri, kültürler ve toplumlar için geçerli evrensel bir problem olan kadınlara uygulanan şiddet mühim bir halk sağlığı problemidir dolayısıyla kadınların insan haklarının temel ihlalidir.

KYŞ'i gözler önüne seren en önemli ve güncel araştırmalardan birisi 2014 yılında yayınlanan Avrupa Kadına Yönelik Şiddet Araştırması'dır (FRA 2014). Bu rapor sonucunda elde edilen bulgular özetle şunlardır:

- Avrupa'da son bir senede (2013-2014 seneleri) tahmini olarak 13 milyon kadın fiziki şiddet görmüştür.
- 3,7 milyon kadın cinsel açıdan şiddete maruz kalmıştır.
- On beş yaşından sonra her üç kadından biri cinsel ve/veya fiziki şiddet görmüştür.
- Kadınların %22'si eşlerinden fiziki ya da cinsel şiddet veya her ikisini de görmüştür.

- Her 20 kadından biri (%5) 15 yaşından sonraki yaşlarda tecavüz yaşamıştır. Bunların yarısı ise birden fazla fail olduğunu belirtmişlerdir.
- Eşlerinden şiddet görenler bu şiddet şekillerini daha çok itişme, tokatlama ve çekme şeklinde tanımlamışlardır.

Avrupa da olduğu gibi bütün dünyada yapılan kadına yönelik şiddet çalışmalarında benzer çarpıcı veriler mevcuttur. Kadına yönelik uygulanan şiddet sadece bir toplulukta, ülkede, kıtada sorun değil bütün dünyada acil olarak çözülmesi gereken problemidir.

2.2.6.2. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet

Kadına karşı uygulanan şiddet için bilimsel çalışmalar batı ülkelerinde çok daha önceden başlamasına rağmen Türkiye’de sonradan önem kazanmıştır. Dünyada önemi 1970’lerden itibaren artan şiddet sorununun ülkemizde tartışılması 1980’lerin ortalarında başlamıştır. (Vatandaş 2013).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2013-2014 yılları arasında Türkiye’de, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) tarafından planlanmış ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılmıştır (KSGM 2014).

2014 yılında yapılan araştırmada şiddet türlerine göre Ülkemizdeki yaygınlığına ilişkin veriler şöyledir:

Fiziksel Şiddet verileri:

Ülke çapındayaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden kadınların oranı %36, son bir yılda ise %8’dir. Başka bir deyişle, her 10 kadından yaklaşık dördü eşi ya da beraber olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine uğramıştır. 2008 senesinde ki araştırmaya göre bu oran %39’dur.

Cinsel Şiddet verileri:

Türkiye çapında evli olan kadınların %12'si hayatlarının herhangi bir döneminde, %5'i ise son 1 yıl içinde cinsel şiddete uğradığını ifade etmiştir. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi cinsel şiddetin en fazla yaşandığı bölgedir. Evlilik yaşamış kadınların %38'i ömürlerinin herhangi bir anında fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaşadığını beyan etmiştir.

Psikolojik Şiddet verileri:

Türkiye çapında kadınların hayatlarının herhangi bir periyodunda maruz kaldıkları psikolojik şiddet %44, son bir yılda ise %26'dır. Orta Anadolu bölgesinde ve Batı Anadolu bölgesinde ikamet eden kadınların yarısı, hayatlarının herhangi bir döneminde psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. 2014 senesinde yapılan araştırma verileri 2008 senesinde yapılan araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Ekonomik Şiddet verileri:

Türkiye genelinde ekonomik şiddete hayatının herhangi bir zamanında maruz kalan kadınların yüzdesi %30, son bir yılda maruz kalan kadınların yüzdesi ise %15'tir. Kadının çalışmasına engel olma ya da çalıştığı işten ayrılmasına neden olma kadınlara uygulanan ekonomik şiddet çeşitleri arasında en çok ifade edilendir.

Israrlı Takip verileri:

Ülke genelinde, her 10 kadından yaklaşık 3'ü en az bir kez ısrarlı takibe uğramıştır. Bununla birlikte en yaygın ısrarlı takip çeşitleri, sürekli telefonla arama (%19), SMS, mektup veya elektronik posta gönderme (%8) ya da sosyal medya mecraları aracılığıyla takip etme (%6) ve kadının iş yerine ya da yaşadığı yere gelerek rahatsız etmedir (%6) (KSGM 2014).

2.2.7. Kadına Yönelik Şiddete Maruz Kalan Kadınların Verdikleri Tepkiler

Şiddete uğrayan kadınların verdiği tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Mesela kimi kadınlar yaşadığı şiddetin sonucunda polise müracaat ederken, kimileri meydana gelen şiddete sessiz kalarak tekrar şiddet yaşayabilirler. Üstelik bazen yaşadığı şiddetin sonunda eşi tarafından yaşamına son verilmektedir. Eşi tarafından şiddet gören kadının yasal mercilere başvurmamasının nedeni, kadının ekonomik özgürlüğünün elinde olmaması ve eşinden ayrılınca kendi ayakları üzerinde duramayacağı fikrine kapılmasından ötürü öz benlik saygısını kaybetmesi sebebiyledir. Eşi tarafından şiddet gören kadının eşinden ayrılmamasının bir diğer nedeni eşe olan bağlılık, eşinin zamanla değişeceğini düşünmesi ve evlilikte yaşanan sıkıntıların kendinden kaynaklı olduğunu düşünmesidir (Karaboğa, 2013).

Şiddete maruz kalan kadınların büyük çoğunluğu sessiz kaldığı için daha fazla şiddete maruz kalmaması için önlenmesi yolunda adım atmak zor olabilir. Toplumların çoğunda kadına sessiz olması, haklarını aramaması konusunda çocukluktan itibaren öğretiler yapılmaktadır. Bu yanlış davranış ilerde kadınların şiddete uğradığında sessiz kalmasına, korkmasına ve bu düzene alışmasına neden olmaktadır.

2.2.8. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi

1970'li yıllarda kadına yönelik uygulanan şiddet, ABD ve Kuzey Avrupa ülkelerinden başlayarak bütün dünyada kadınların sesleri duyulmaya, devletlerin ve basında öncelikli sorun olarak gündeme gelmeye başlamıştır. KYŞ'in ne kadar ciddi seviyede bir problem olduğu kadınları korumak için kadın sığınma evlerinin ve ekonomik yardımların artmasıyla ortaya çıkmıştır (Şener, 2011).

Pekin'de Dünya Kadın Konferanslarının dördüncüsü ve en büyüğü 1995 yılında 189 ülkenin katılımıyla düzenlenmiştir. Kadın haklarının milletlerarası hukuk yoluyla idari mekanizmanın bir parçası haline getirilmesi için önemli adımlar bu konferansta atılmıştır (Berktaş, 2004). Bu sahada kadının ilerlemesinin önemi üzerinde durulmuştur. İlaveten kadına yönelik şiddetin önlenmesiyle kadının her alanda güçlendirilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Beşinci Dünya Konferansı Pekin'de 2000 yılında

gerçekleştirilmiştir. Bu konferans alınan kararlarda geline noktaı değerlendirmek için toplanmıştır. Ek olarak konferansta şiddet turleri belirlenmiş ve belgelenmiştir. 2000 yılında Birleşmiş Milletler Guvenlik Konseyi silahlı çatışma durumunda kadına dónuık şiddetle ilgili 1325 sayılı “Kadın, Barış, Guvenlik” konulu karar yayımlanmıştır (UNDAW, 2009a; şener, 2011).

Günümüzde bütün dünyada yaşandığı gibi ülkemizde de kadına uygulanan şiddet ile ilgili birçok gelişme yaşanmakla birlikte, sorunun hala gündemdeki canlılığını koruduğu görölmektedir. Ülkemizde kadına yönelik şiddete ilişkin ilk toplumsal tepki, 1987 yılında eşinden fiziksel şiddet gören hamile bir kişinin, başlattığı boşanma davasını kabul etmeyen Çankırı'daki bir Hakim'e, kadın birliklerinin açtığı manevi tazminat davası ve 17 Mayıs 1987'de vuku bulan “Dayağa Hayır” yürüyüşü olmuştur (Altınay ve Arat 2007).

İkinci önemli kampanya ise Türk Ceza Kanunu'nun fahişelere tecavüzde ceza indirimi uygulayan 438. maddesine karşı gerçekleştirilmiştir. Tecavüze maruz kalan bir hayat kadının açtığı davada Hakimin cezada indirimde gitmesi üzerine, dosya Anayasa Mahkemesine intikal etmiş ve mahkemeden bu maddenin anayasadaki eşitlik ilkesini ihlal etmediğine yönelik sonuç çıkmasıyla, kadın örgütleri Ankara, İstanbul, İzmir ve Adana'da karara karşı çıkan gösteriler yapmışlardır (Altınay ve Arat 2007). Tüm gelişmeler ve verilen savaşlar doğrultusunda, Türkiye'de KYş'in önlenmesi, kadının korunması ve şiddeti meydana getirenlere yönelik cezaları içeren çeşitli yasal düzenlemeler, politikalar ve birimler oluşturulmaya çalışılmaktadır (Sarı, 2010). Maalesef günümüzde kadın hakları ve cinsiyet ayrımcılığı açısından istenen seviyeye ulaşıldığını görmek çok zordur.

2.2.9. Kadına Yönelik şiddeti Önlemede Sağlık Çalışanlarının Rolü

Türk Ceza Kanununun 280. Maddesine göre sağlık personelini aile içi şiddeti belirlemek ve bildirmekle yükümlüdür, şiddeti bildirilmediği takdirde sağlık personeli suç işlemiş sayılmaktadır (TBMM, 2005). Bundan dolayı hemşireler aile içi şiddet yaşayan kadınları saptamaları durumunda gerekli mercilere bildirmekle mükelleftir.

Sağlık çalışanları şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaştığında çok yönlü katkı ve yardımda bulunabilirler. Fakat sağlık çalışanlarının birçok vakayı fark edememeleri ya

da umursamamaları, bazı zamanlar empatik yaklaşmamaları, mesleki sorumlulukları olarak kabullenmemeleri ya da yetersiz bilgiye sahip olmaları şiddete müdahaleyi zorlaştırmaktadır. Sağlık çalışanlarına yeterli eğitimin ve desteğin verilmesiyle şiddete maruz kalan kişilerin fiziksel, duygusal ve güvenlik ihtiyaçlarını karşılamada daha faydalı olmaları sağlanabilir (Turla 2006).

WHO tarafından dünya genelinde KYŞ'i önlemeye ve şiddete maruz kalan kadınların bakım ve desteği maksadıyla hazırlanan "Samimi Partner Şiddetine Veya Cinsel Şiddete Maruz Kalan Kadınlar İçin Sağlık Hizmeti Klinik El Kitabı" kadına yönelik şiddetle ilk karşılaşan sağlık çalışanı için bazı tavsiyelerde bulunmaktadır. Bunlar;

- Kadını, empatiyle ve yargılamadan yakından dinlemek.
- Duygusal, fiziksel, sosyal ve pratik (örneğin çocuk bakımı) gibi çeşitli ihtiyaç ve endişelerini değerlendirmek ve yanıtlamak.
- Ona anladığını ve ona inandığını göstermek.
- Şiddet tekrar meydana gelirse kendini daha fazla zarar görmekten korumak için bir plan yapmak için konuşmak. Eş şiddetinin kendi kendine durma olasılığının düşük olduğunu açıklayarak "Devam etme eğilimindedir ve zamanla kötüleşebilir ve daha sık olabilir." şeklinde konuşmak. Bazı kadınlar ne zaman acil tehlikede olduklarını ve eve gitmekten korktuklarını bilirler. Eğer güvenliği konusunda endişeleniyorsa, onu ciddiye almak gerekir. Anında ve olası ciddi yaralanma riski olup olmadığını bulmak önemlidir. Seçenekleri polisle temasa geçip o gece evden uzak durması için ayarlama yapılabilir. Evden ayrılmanın en iyi seçenek olduğuna karar verdiyse ortağına bildirmeden önce planlarını yapmasını ve güvenli bir yere gitmesini tavsiye edilmesi gerekir. Aksi takdirde, kendisini ve çocuklarını daha fazla şiddet riski altına sokabilir. İstismar hakkında yalnızca sen ve yalnız olduğun zaman konuşulmalıdır.
- Bilgi, hizmetler ve sosyal desteğe bağlanmasına yardımcı olarak ona destek olunur. Kadının ihtiyaçları onunla konuşarak, diğer yardım kaynaklarından bahsederek ve isterse yardım almasına yardımcı olarak yardımcı olunabilir. Ona şu anda onun için en önemli olan konuların ne olduğunu sorarak ona, "Hemen yapabilirsek en çok ne yardımcı olurdu?" diye sorulabilir. Seçeneklerini tanımlamasına ve dikkate almasına yardımcı olunabilir. Sosyal destek için konuşulur. Kadın için hangi destek ve kaynakların mevcut olduğunu öğrenerek

yardımcı olunabilir. Bunlar; yardım hattı, sivil toplum kuruluşları, kriz merkezi, yasal destek, akıl sağlığı danışmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog olabilir. İlk toplantıda tüm endişeleriyle başa çıkmak genellikle mümkün olmayacaktır. Diğer konular hakkında konuşmak için tekrar buluşabileceğiniz sözlenmelidir. Hemen karar vermesini beklememek gerekir. Her zaman isteklerine ve kararlarına saygı göstermek gerekir (WHO 2014).

Şiddetin önlenmesinde toplumun desteği ve güvenlik, adalet, sağlık belirli sektörlerin her birinin uzmanlarının desteği gerekmektedir. Bu yüzden şiddet görmüş kişiyle karşılaşan sağlık çalışanının, adli personelin ve kolluk kuvvetlerinin şiddetin ne olduğu, nelerin şiddet sayılabileceği, şiddet görmüş kişiye yaklaşım, şiddetin tedavisi ve şiddetin önlenmesi konusunda eğitim almaları oldukça önemlidir. Sağlık bakımının esas amacı, sağlığı korumak, hastalığı tedavi etmek, ortaya çıkan problemi çözmek, sakatlığı önlemektir. Fakat sağlık çalışanının şiddeti tanımada, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada yeterli bir etkinlikte olmadığı görülmektedir (Sevil Ü. ve Yanikkerem E. 2006).

Sağlık personelleri bir kadının şiddete uğradığını gördüğünde genellikle kendilerinin yapabileceği çok fazla bir şeyi olmadığını düşünürler. Halbuki sağlık çalışanlarının söyleyeceği şeylerin ve yapacaklarının şiddete maruz kalan kişi üzerinde olumlu sonuçları olacaktır. Şiddete uğrayan kadınları yaşadığı şiddeti açığa çıkarmak üzere kişiyi cesaretlendirmek için sağlık çalışanı konu ile ilgili sorular sormalıdır. İlk görüşmede şiddeti açığa çıkarmak zor olsa da cesaretlendirmek oldukça önemlidir. İdeal olan, sağlık personelinin görev yaptıkları bölgedeki hizmet örgütleri ve kadın grupları ile işbirliği içinde olmasıdır (İKGV, 2005).

İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfına göre (İKGV, 2005) “Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı” isimli el kitabında Hastanın servise gelişi esnasında,

- Acil müdahale edilmesi gereken bir tehlike varlığı varsa tespit edilmelidir. Kadın kendisini ya da varsa çocuğunu ne düzeyde tehlikede görüyor, bu analiz edilmelidir. Eğer tehlike görüyorsa seçeneklerini düşünmesi konusunda yardımcı

olunmalıdır. Destek alabileceği bir akrabası, yakını veya arkadaşı var mı? Destek merkezlerinin telefonlarına ulaşabilir mi?

- İhtiyaca uygun olan bakım verilmelidir. Cinsel şiddete maruz kalan kadınlar için acil doğum kontrol önlemi, cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklara karşı önlem alınmalıdır. Gerekliliği açıkça belli olmadıkça ruh durumunu etkileyecek ilaçlar verilmemelidir, çünkü bunlar saldırıları önceden tahmin edip tepki verme becerisini yok edebilir.
- Bir güvenlik planı geliştirilmeli ve hazır bulundurulmalıdır. Kadınlar kişisel bir güvenlik planları olduğunda şiddetle daha kolay baş edebilirler. Güvenlik planı bir çantayı, parayı hazır bulundurmayı, gidilecek yerleri önceden belirlemeyi vb. içerir.
- Kadının içinde bulunduğu durumun kayıt altına alınması gerekir. Klinik kayıtlarda “bıçak yarası” vb. genel ifadeler kullanılmaktadır. Halbuki maruz kalınan şiddetin hikayesinin, fiziksel ve psikolojik belirtileri dikkatlice kayıt edilmelidir.
- Kadınlara, kendi hakları konusunda bilgi verilmelidir. Kadınlar yaşadıkları şiddeti açığa vurma kararı aldıklarında, sağlık personeli şiddetin sorumlusunun kendisi olmadığını belirtmelidir.
- Sağlık personeli, şiddete uğrayan kadınlar için yasaların ne gibi koruma sağladığını, kadının ve çocuklarının haklarını nerde arayabileceklerini bilmeli ve öğretmelidir.
- Kadınlar bölgedeki ilgili kurumlara yönlendirilmelidir. Sağlık çalışanları, şiddete uğrayan kadın ve çocukları erken aşamada belirleyerek, bölgedeki kurumlara yönlendirerek destek verebilir. Kadın ve çocukların ihtiyaçları genellikle sadece sağlık sektörünün verdiklerinin ötesine geçer(İKGV, 2005).

2.2.10. Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddet

Acil servisler; yılın her günü ve her saati sürekli açık olan, kişilerin şikayetleri acil olmasa dahi bir hekim tarafından değerlendirilen, yaygın başvuru olan, kolay ulaşılabilir yerlerdir. Bu sebepten dolayı şiddete uğramış kadınların ilk başvuru yeri olabilmektedir.

Acil servise KYŞ sonrası başvuru oldukça fazla olmasına rağmen başvurmayan kısım bir hayli fazladır.

Şiddete uğrayan kadının acil servise başvurusu sırasında sağlık çalışanları aşağıdaki adımları izleyerek sistematik bir yaklaşımla fayda sağlayabilir.



ŞEKİL 2.2.10. Hastanelerin Acil Servislerinde KYŞ’e Yaklaşım (Aile içi şiddetle mücadele projesi, Sağlık çalışanları kılavuzu s: 27 Ankara (2016))

Sağlık merkezlerinde aile içi şiddet öyküsünü toplamak ve değerlendirmek amacıyla yapılan görüşmede şiddete uğrayan kadınlardan toplanan verileri kayıt etmek üzere “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu” kullanılır. Bu form, “başvuru bilgileri”, “iletişim bilgileri”, “mağdur bilgileri”, “şiddet öyküsü”, “risk değerlendirme” ve “sonuç” kısımlarından oluşmaktadır. Bu form eksiksiz ve doğru şekilde tamamlayarak şiddet olayının sağlıklı şekilde değerlendirilmesi, kişinin ihtiyaç duyduğu hizmetlere gönderilmesini ve gerekli desteği almasını sağlayacaktır. Üstelik bu form sayesinde ulaşılan veriler, kadının izlenmesi ve desteğin devamı yönünden de oldukça önem taşımaktadır.

Kadına yönelik aile içi şiddette kayıt bildirim sisteminin yanı sıra önemi olan bir diğer bileşen ise adli rapor düzenlenmesidir. KYŞ vakalarında tedavi uygulayıcı doktorluk kadar adli hekimlik hizmetlerinin sağlanması da oldukça değerlidir. Adli tıp raporu şiddet sonrası acil serviste hekim tarafından düzenlenen, şiddete maruz kalan kadının mahkemeye başvurduğunda dayak yediğini, şiddet uygulandığını gösterecek

temel belgedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye’de Kadına Y¼nelik Aile İçi şiddet Araştırması. Ankara 2008).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve ahlaki duyarlılık ile ilişkisini karşılaştırmak için yapılan, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Yapılan bu anket çalışmasında kadına yönelik şiddeti tanımada etkin rol oynayan acil servis hemşirelerinin ahlaki duyarlılık ile KYŞBT hakkındaki düşüncelerini ve bilgi düzeylerini birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

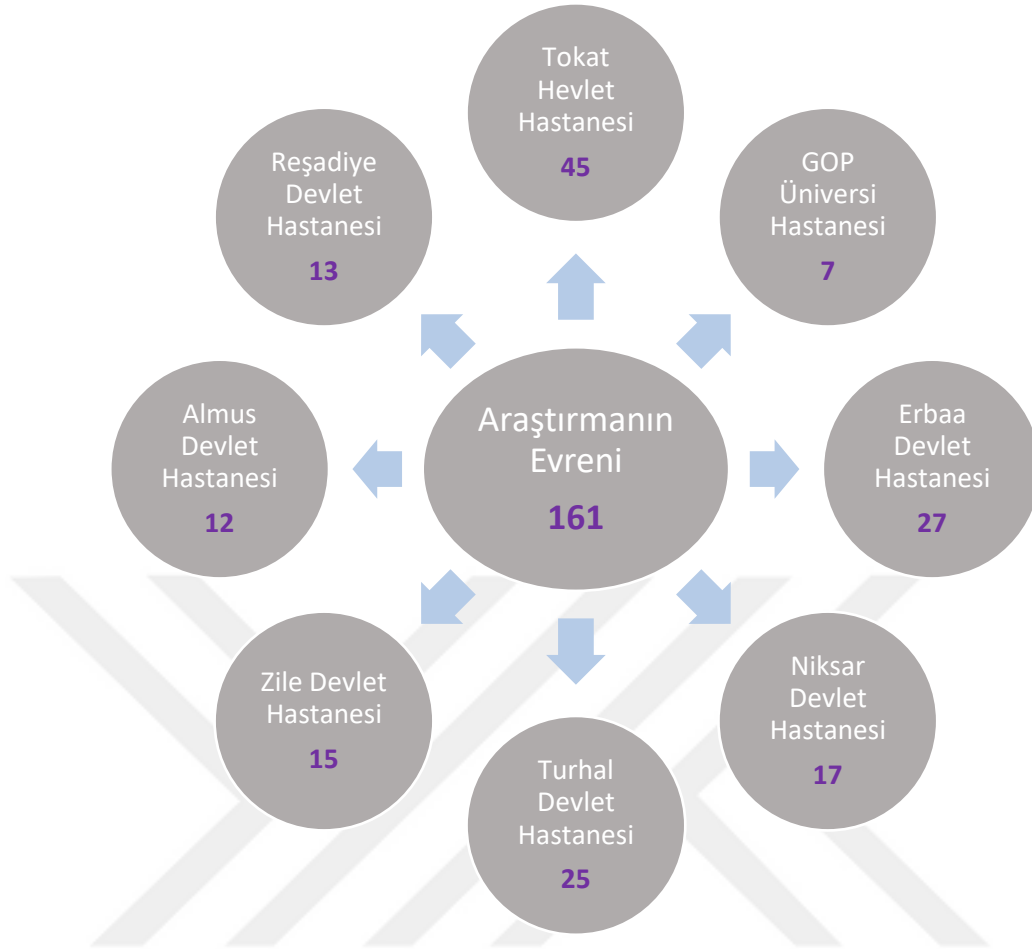
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya Tokat il merkezinde bulunan Tokat Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı ikinci basamak sağlık tesislerinde ve GOP Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servislerinde görev yapan AS hemşireleri dahil edildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 161 kişi oluşturdu. Tokat Devlet Hastanesi'nden 45 kişi, GOP Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 7 kişi, Erbaa Devlet Hastanesi'nden 27 kişi, Niksar Devlet Hastanesi'nden 17 kişi, Turhal Devlet Hastanesi'nden 25 kişi, Zile Devlet Hastanesi'nden 15 kişi, Almus Devlet Hastanesi'nden 12 kişi, Reşadiye Devlet Hastanesi'nden 13 kişi çalışmaya katıldı.

Araştırmada gönüllülük esas alındığı için örneklem seçimine gidilmedi.



ŞEKİL 3.3. Araştırmanın Evreni (n:161)

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin elde edilmesinde aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır. (EK 1)

1. Sosyodemografik Bilgiler ve Mesleki Alanda Şiddetle Karşılaşma formu (16 madde)
2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Anket (31 madde)
3. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) (30 madde)

Sosyodemografik Bilgiler ve Mesleki Alanda Şiddetle Karşılaşma formu 16 maddeden oluşmaktadır. İçerisinde yaş, cinsiyet, medeni durum gibi tanımlayıcı verileri elde etmek amaçlı sorular ve KYŞ karşılaşma durumunu tespit eden sorular mevcuttur.

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

Ölçek hemşire, ebe ve hekimlerin KYŞ belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.76 bulunmuş, yapılan faktör analizi doğrultusunda, “Fiziksel Belirtiler” ve “Duygusal Belirtiler” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, “Fiziksel Belirtiler” alt boyutunu 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 27, 29, 30. Maddeler, “Duygusal Belirtiler” alt boyutunu ise 3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31. maddeler oluşturmuştur.

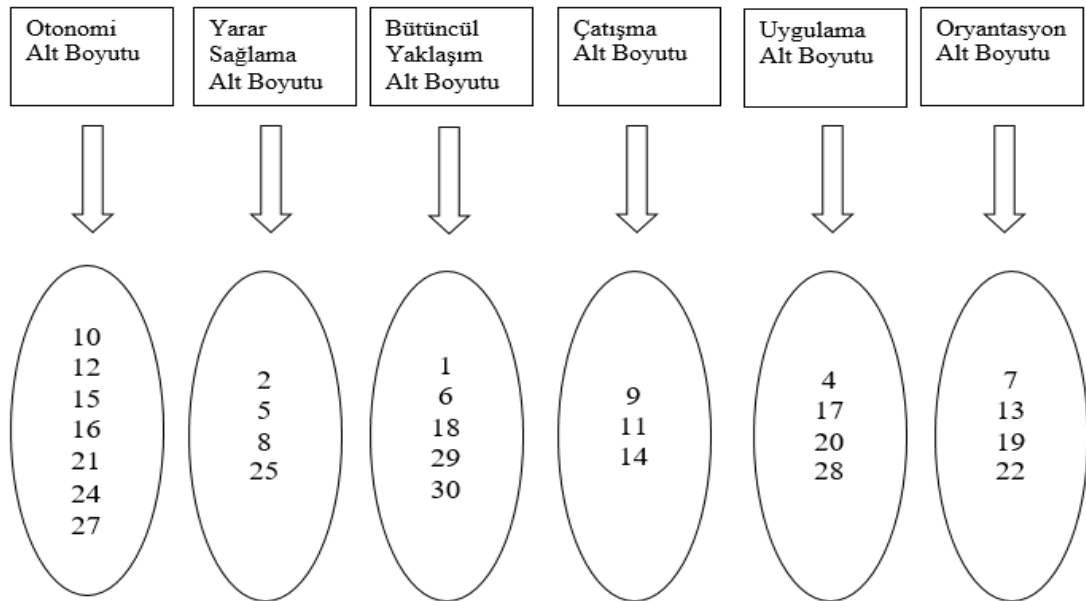
Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 5, 6, 8, 12, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, yanlış seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 4, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 21, 25 maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan , “yanlış seçeneğine” “1” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Ölçek alt boyutlarından Fiziksel Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan “13 en düşük puan “0” dır. Duygusal Alt Ölçek için elde edilecek en yüksek puan ise “18, en düşük puan “0” dır. Düşük puan KYŞ belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 80’i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, % 50–79’ unu doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, % 50 ve daha azını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir (Baysan 2003).

Tablo: 3.4.1 HEKYŞBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarda Madde Sayısına Göre Yeterlilik Durumları

Yeterlilik durumu	Ölçek Alt Boyutlarına Göre Madde Sayıları		
	Fiziksel	Duygusal	Toplam
Yeterli (% 80 ve ↑)	7-13	14-18	21-31
Kısmen yeterli (% 50-79)	6	9-13	14-20
Yetersiz (% 49 ve ↓)	5↓	8↓	13

ADA ise hemşirelerin etik duyarlılıklarını ölçmek amacıyla, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç'te 1994 yılında geliştirilmiş olup 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca anketin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon olmak üzere altı tane alt boyutu vardır. Üç madde (3, 23, 26. maddeler) herhangi bir boyut altında yer almamıştır. Anketin alt boyutları aşağıdaki maddeleri kapsar.



ŞEKİL 3.4. ADA'nın Alt Boyutlarının Kapsadığı Maddeler

Likert tipte 1 ile 7 arasında puanlamanın yapıldığı ankette; “1 puan” tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, “7 puan” hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA’dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 210’dur. Otonomi alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan 49’dur, yarar sağlama alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir, bütüncül yaklaşım alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 35’dir, çatışma alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 21’dir, uygulama alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir ve oryantasyon alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir (Lützen ve ark., 2000; Tosun, 2005).

Anketin “otonomi” alt boyutu otonomi ilkesine ve hastanın tercihlerine saygı duymayı yansıtmakta, “yarar sağlama” hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemleri yansıtmakta, “bütüncül yaklaşım” hem hastaya zarar vermeyecek hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade etmekte, “çatışma” içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtmakta, “uygulama” eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi göstermekte, “oryantasyon” sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtmaktadır (Kahriman ve Çalık, 2017).

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamanın yapıldığı çalışanlara anket uygulamasına katılıp katılmamakta kararın kendilerine ait olduğu, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, anket formlarına isimlerin yazılmaması gerektiği açıklandı ve araştırmaya gönüllü olanlar alındı.

Uygulamada AS hemşirelerine çalışma saatleri içinde anketler verildi. Verilen anketler 1-2 saat sonra geri toplandı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Tokat GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik

Kurulu'na başvuru yapıldı ve gerekli izin (21-KAEK-027) alındı (EK 2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 18.0for Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarıldı, bilgisayar ortamında analiz edildi ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde, kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan servis çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumları, çalışma yılı; bağımlı değişkenleri KYŞ konusunda bilgi durumu, KYŞBT durumu ile ADA oluşturmuştur.

Sayısal değerlerin gruplara göre karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. p değerleri 0,05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Acil servislerdeki iş yoğunluğu nedeniyle çalışmaya katılmada isteksizlik olmasından, çalışmaya gönüllü olmayanlara anket uygulamaları yapılamadığından, AS'ler de nöbet usulü çalışıldığından, çalışmanın uygulandığı sırada sadece hastanede olan personele anket yapıldığından, geçici görevlendirme, ücretsiz izin, ölüm izni ve doğum izninde olan çalışanların çalışmaya dahil edilememesinden dolayı tüm Tokatta görev yapan AS çalışanlarına anket yapılamadı. Örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanları yalnızca AS hemşireleriyle sınırlandırılmıştı. Bu sınırlılıklar nedeniyle araştırmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki servis çalışanlarının kendi bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçları örneklem dışına genellemez.

4. BULGULAR

4.1. Acil Servis Hemşirelerinin Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 161 hemşirenin demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’ de yer almaktadır. Çalışmaya 66’sı (%41,0) erkek, 95’i (%59,0) kadın toplam 161 kişi katıldı. Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında 80’i (%49,7) evli, 73’ü (%45,3) bekar ve 8’i (%5,0) dul/boşanmış/ayrı yaşamaktaydı. Ankete katılanların yaş ortalamasının $31,40 \pm 8,61$ olduğu ve katılımcıların %67’sinin 18-34 yaş aralığında, %32,3’ünün 35 ve üzeri yaş aralığında bulunduğu saptanmıştı. Çocuk sahibi olanların sayısı 71 (%44,1) ve olmayanların sayısı 90’dı (%55,9). Çocuk sahibi olan hemşirelerin 57’sinin (%80,3) 1 veya 2 çocuğu, 14’ünün (%19,7) 3 veya daha fazla çocuğu vardı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=161)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	95	59,0
	Erkek	66	41,0
Medeni Durum	Evli	80	49,7
	Bekar	73	45,3
	Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor	8	5,0
Yaş aralığı	18-34	109	67,7
	35 ve üzeri	52	32,3
Çocuk	Var	71	44,1
	Yok	90	55,9
Çocuk Sayısı	1-2	57	80,3
	3 ve daha fazla	14	19,7

4.2. Acil Sağlık Hemşirelerinin Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde; 18 (%11,2)'i sağlık meslek lisesi, 37 (%23,0)'si ön lisans, 94 (%58,4)'ü lisans ve 12 (%7,5)'si yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi. Meslekte çalışma süreleri incelendiğinde 100 (%62,1)'ü 0-9 yıl, 37 (%23,0)'si 10-19 yıl, 24 (%14,9)'ü 20 yıl ve üzeri meslekte görev almaktaydı.

AS hemşirelerinin 113 (%70,2)'ü mesleği isteyerek seçerken, 48 (%29,8)'inin mesleği istemeyerek seçtiği görüldü. Mesleği sevmeye durumunda ise 128 (%79,5)'i mesleği severek yaparken, 33 (%20,5)'ünün mesleği sevmeyerek yaptığı tespit edildi. Acil servis biriminde kendi isteğiyle çalışanların sayısı 139 (%86,3) iken kendi isteğiyle çalışmayanların sayısı 22 (%13,7)'i idi. Ayrıca birimde çalışan hemşirelerin 16 (%9,9)'sı sürekli gündüz, 7 (%4,3)'si sürekli gece ve 138 (%85,7)'i vardiyalı çalışma sisteminde çalıştığı belirlenmişti (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin Dağılımı (n=161)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18	11,2
	Ön Lisans	37	23,0
	Lisans	94	58,4
	Yüksek Lisans	12	7,5
Meslekte çalışma süresi	0-9 Yıl	100	62,1
	10-19 Yıl	37	23,0
	20 Yıl Ve Üzeri	24	14,9
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	113	70,2
	Hayır	48	29,8
Mesleği Severek Yapma	Evet	128	79,5
	Hayır	33	20,5
Birimde Kendi İsteğiyle Çalışma	Evet	139	86,3
	Hayır	22	13,7
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	16	9,9
	Sürekli Gece	7	4,3
	Vardiyalı	138	85,7

4.3. Acil Servis Hemşirelerinin KYŞ ile Karşılaşma ve Deneyimlerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan AS hemşirelerinin 107'si (%66,5) meslek hayatında şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaşırken, 54'ünün (%33,5) karşılaşmadığı tespit edilmişti. “Kadına yönelik şiddete maruz kalmış kişi ile karşılaşılması durumunda ne yaparsınız?” diye sorulduğunda 16'sı (%9,9) “Ne yapacağımı bilemeyebilirim.”, 65'i (%40,4) “Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm.”, 74'ü (%46,0) “Yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendiririm.” ve 6'sı (%3,7) “Diğer” cevaplarını verdiği görülmüştü.

AS hemşirelerinin 78'i (%48,4) KYŞ'i ele almada yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, 83'ü (%51,6) yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü ifade etti. Ayrıca 125 (%77,6) kişi KYŞ'i ele almanın mesleki uygulamalarımız içinde yer alması gerektiğini düşünürken 36 (%22,4) kişi yer almaması gerektiğini düşünmekteydi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların KYŞ ile Karşılaşma ve KYŞ Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı (n=161)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
KYŞ Karşılaşma	Evet	107	66,5
	Hayır	54	33,5
KYŞ Karşılaştığında Ne Yaparsın	Ne Yapacağımı Bilemeyebilirim	16	9,9
	Anamnez Alırım Ve Hekime Yönlendiririm	65	40,4
	Yasal Konularda Ve Kurumsal Yardım Alabileceği Kuruluşlar Hakkında Bilgilendiririm	74	46,0
	Diğer	6	3,7
KYŞ Yeterli Bilgi Sahipmisiniz	Evet	78	48,4
	Hayır	83	51,6
KYŞ Ele Almanın Meslk Uyg Yer Alm Düşün	Evet	125	77,6
	Hayır	36	22,4

4.4 Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanıma Düzeylerini Gösteren Bulguların İncelenmesi

Tablo 4.4.1. HEKYŞBTÖ'nün Alt Boyutları ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
KYŞBT Fiziksel	7,97	8,00	1,54	4,00	12,00
KYŞBT Duygusal	11,45	11,00	2,46	6,00	17,00
KYŞBT Toplam	19,42	19,00	3,27	12,00	28,00

Tablo 4.4.1' de HEKYŞBTÖ'nin alt ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde; *fiziksel* belirtiler alt ölçek puan ortalamasının $7,97 \pm 1,54$, *duygusal* belirtiler alt ölçek puan ortalamasının $11,45 \pm 2,46$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $19,42 \pm 3,27$ olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4.2. HEKYŞBTÖ'ye İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı (n=161)

BELİRTİLER	DOĞRU sayı(yüzde)	YANLIŞ sayı(yüzde)
1. Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.	120(%74,5)	41(%25,5)
2. Gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.	116(%72)	45(%28)
3. İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikayetleri vardır.	132(%82)	29(%18)
4. Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	149(%92,5)	12(%7,5)
5. Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.	149(%92,5)	12(%7,5)
6. Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.	96(%59,6)	65(%40,4)
7. Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.	130(%80,7)	31(%19,3)
8. Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.	92(%57,1)	69(%42,9)

9.	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür.	98(%60,9)	63(%39,1)
10.	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.	101(%62,7)	60(%37,3)
11.	Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür.	49(%30,4)	112(%69,6)
12.	İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar.	151(%93,8)	10(%6,2)
13.	İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatırlar.	70(%43,5)	91(%56,5)
14.	İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşurlar.	76(%47,2)	85(%52,8)
15.	İstismar edilen kadınlar yaşadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatırlar.	48(%29,8)	113(%70,2)
16.	İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.	98(%61,3)	62(%38,8)
17.	İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.	151(%93,8)	10(%6,2)
18.	Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.	119(%73,9)	42(%26,1)
19.	İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.	98(%60,9)	63(%39,1)
20.	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.	106(%65,8)	55(%34,2)
21.	Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar olabilir.	98(%60,9)	63(%39,1)
22.	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.	120(%74,5)	41(%25,5)
23.	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar.	51(%31,7)	110(%68,3)
24.	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	94(%58,4)	67(%41,6)
25.	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.	120(%74,5)	41(%25,5)
26.	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.	109(%67,7)	52(%32,3)
27.	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.	96(%59,6)	65(%40,4)
28.	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.	64(%39,8)	97(%60,2)
29.	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.	85(%52,8)	76(%47,2)
30.	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.	138(%85,7)	23(%14,3)
31.	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.	67(%41,6)	94(%58,4)

Tablo 4.4.3. Katılımcıların KYŞ'in fiziksel belirtilerini bilme durumlarına göre dağılımı (doğru cevap verenler) (n=161)

FİZİKSEL BELİRTİLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir.	149	92,5
Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	149	92,5
Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür.	130	80,7
Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.	120	74,5
İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.	120	74,5
Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismar belirtisi değildir.	112	69,6
Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir.	101	62,7
İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.	96	59,6
Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülmez.	69	42,9
Kadının ekstremitelerindeki küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini göstermez.	65	40,4
Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir.	64	39,8
Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez.	63	39,1
Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez.	45	28,0

Tablo 4.4.3'te hemşire ve ebelerin KYŞ'in *fiziksel* belirtilerini bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin *fiziksel* belirtilerden en fazla doğru cevap verdiği beş özellik sırasıyla: Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesinin istismar edildiğini bilme (%92,5), kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaraların istismarı düşündürmesini bilme (%92,5), kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenme (%80,7), kadının saçlı derisinde görülen yaraların istismar düşündürmesi (%74,5), istismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü olabileceğini bilme (%74,5) şeklindeydi.

En az doğru cevap verilenler ise gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismarın düşünülmemesi (%28,0), şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile

başvuran kadınlarda istismarın düşünülmemesi (%39,1) ve gebe bir kadının erken doğum yapmasının bir istismar belirtisi olarak görülmesi (%39,8) şeklindedir.

Tablo 4.4.4. Katılımcıların KYŞ'in Duygusal Belirtilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (Doğru Cevap Verenler) (n=161)

DUYGUSAL BELİRTİLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinirler.	151	93,8
İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.	151	93,8
İstismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikayetleri vardır	132	82
İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.	120	74,5
Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.	119	73,9
İstismar edilen kadınlar yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar	113	70,2
İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvuramazlar	110	68,3
Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.	109	67,7
İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.	106	65,8
İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.	98	61,3
Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar düşünülür.	98	60,9
İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvuramazlar.	94	58,4
Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	94	58,4
İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatmazlar.	91	56,5
Çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiği düşünülür.	85	52,8
İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşmazlar.	85	52,8
İstismar edilen kadınlar, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmazlar	63	39,1
Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülmez	23	14,3

Tablo 4.4.4'te hemşirelerin KYŞ'in duygusal belirtileri bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir. Hemşire ve ebelerin duygusal belirtilerden en fazla doğru

cevap verdiği üç özellik sırası ile: İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinmesini bilme (%93,8), istismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesinin olduğunu tanıma (%93,8), istismar edilen kadınların geçici görme-işitme kaybı şikayetleri yaşamasını bilme(%82,0) ve istismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetlerini sık yaşadığının farkında olma (%74,5) şeklindeydi.

En az doğru cevap verilenler ise sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiğinin düşünülmemesi (%14,3), istismar edilen kadınların, bulundukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmadıklarını bilme (%39,1) ve istismar edilen kadınların genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşmamasını tanıma (%52,8) şeklindeydi.

Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 80'i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, % 50–79’ unu doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, % 50 ve daha azını doğru bilen HEKYŞBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir (Baysan 2003).

Tablo 4.4.5. HEKYŞBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarda Madde Sayısına Göre Yeterlilik Durumları (n=161)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Fiziksel	Yeterli	10	6,2
	Kısmen Yeterli	124	77,0
	Yetersiz	27	16,8
Duygusal	Yeterli	26	16,1
	Kısmen Yeterli	120	74,5
	Yetersiz	15	9,3
Toplam	Yeterli	13	8,1
	Kısmen Yeterli	133	82,6
	Yetersiz	15	9,3

Tablo 4.4.5’e göre, hemşire ve ebelerin KYŞ’in *fiziksel* belirtilerini tanımada % 77’sinin, *duygusal* belirtilerini tanımada % 74,5’inin, KYŞ belirtilerini genel olarak (*fiziksel - duygusal*) tanımada ise % 82,6’sının “kısmen yeterli” olduğu saptanmıştır.

4.5. Acil Sağlık Hemşirelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin HEKYŞBTÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 4.5.1. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş		t	p
	18-34 (n=109) ort ±s.s	35 Ve Üstü (n=52) ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,88±1,63	8,15±1,33	1,053	0,294
KYŞBT Duygusal	11,64±2,29	11,04±2,77	1,460	0,146
KYŞBT Toplam	19,52±3,22	19,19±3,40	0,598	0,551

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Acil servis hemşirelerinin yaş grupları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.2. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n=95) ort ±s.s	Erkek (n=66) ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,13±1,59	7,74±1,45	1,564	0,120
KYŞBT Duygusal	11,78±2,56	10,97±2,25	2,072	0,040*
KYŞBT Toplam	19,91±3,39	18,71±2,99	2,305	0,022*

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.5.2'ye göre hemşirelerin cinsiyetlerine göre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde cinsiyetleri ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p > 0.05$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$) ve aynı şekilde toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştu ($p < 0.05$). Her iki alt ölçek puan ortalamasının da kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştı.

Tablo 4.5.3. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Medeni Durum			X²	p
	Evli (n=78) ort ±s.s	Bekar (n=83) ort ±s.s	Dul/Boşanmış (n=83) ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,1±1,48 ^(ab)	7,71±1,62 ^(a)	9±0,53 ^(b)	8,717	0,013*
KYŞBT Duygusal	11,16±2,6	11,64±2,25	12,5±2,78	2,726	0,256
KYŞBT Toplam	19,26±3,32	19,36±3,25	21,5±2,62	3,835	0,147

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

X²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

İkili Karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Tablo 4.5.3'e göre çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durum ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunurken ($p < 0.05$) duygusal belirtiler alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı ($p > 0.05$). Dul/Boşanmış olan hemşirelerin fiziksel belirtileri tanıma alt ölçek puanı diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştı.

Tablo 4.5.4. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı

	Çocuk		t	p
	Var	Yok		
	(n=71)	(n=90)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,18±1,46	7,8±1,59	1,576	0,117
KYŞBT Duygusal	11,07±2,67	11,74±2,26	1,736	0,085
KYŞBT Toplam	19,25±3,32	19,54±3,25	0,559	0,577

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Acil servis hemşirelerinin çocuk sahibi olma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.4).

Tablo 4.5.5. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Çocuk sayısına Göre Dağılımı

	Çocuk Sayısı		Z	p
	1-2	3 ve Daha Fazla		
	(n=57)	(n=14)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,28±1,37	7,79±1,76	1,320	0,187
KYŞBT Duygusal	11,09±2,66	11±2,8	0,277	0,782
KYŞBT Toplam	19,37±3,27	18,79±3,62	0,226	0,821

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Z: Mann Whitney U testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.5.5'e göre hemşirelerin çocuk sayısına göre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5.6. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Dağılımı

	İsteyerek Meslek Seçimi		t	p
	Evet (n=113)	Hayır (n=48)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,88±1,61	8,17±1,36	1,063	0,289
KYŞBT Duygusal	11,43±2,33	11,48±2,78	0,100	0,921
KYŞBT Toplam	19,32±3,18	19,65±3,5	0,579	0,563

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.6).

Tablo 4.5.7. HEKYŞTÖ ve Alt Boyutlarının Mesleği Severe Yapma Durumuna Göre Dağılımı

	Mesleği Severe Yapma		t	p
	Evet (n=128)	Hayır (n=33)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,02±1,6	7,79±1,29	0,757	0,450
KYŞBT Duygusal	11,36±2,44	11,79±2,55	0,891	0,374
KYŞBT Toplam	19,38±3,27	19,58±3,34	0,313	0,755

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Acil servis hemşirelerinin mesleği severe yapma durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.7).

Tablo 4.5.8. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Birimde Kendi İsteği ile Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Birimde İsteği ile Çalışma		t	p
	Evet (n=139)	Hayır (n=22)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,96±1,5	8,05±1,79	0,250	0,803
KYŞBT Duygusal	11,32±2,46	12,27±2,39	1,703	0,091
KYŞBT Toplam	19,27±3,2	20,32±3,66	1,395	0,165

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.5.8'e göre hemşirelerin birimde kendi isteği ile çalışma durumuna göre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5.9. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

	Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma		t	p
	Evet (n=107)	Hayır (n=54)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	8,16±1,53	7,59±1,5	2,232	0,027*
KYŞBT Duygusal	11,64±2,5	11,07±2,37	1,370	0,173
KYŞBT Toplam	19,79±3,38	18,67±2,95	2,085	0,039*

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Hemşirelerin şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaşma durumuna göre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde karşılaşma durumu ile duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p > 0.05$). Daha önce şiddete maruz kalmış kadın ile karşılaşanlarda KYŞBT Fiziksel alt boyutu puan ortalaması ve toplam puan ortalaması daha yüksekti, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştı ($p < 0.05$).

Tablo 4.5.10. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Kadına Yönelik Şiddet Bilgi Durumuna Göre Dağılımı

	KYŞ Bilgisi		t	p
	Evet (n=78) ort ±s.s	Hayır (n=83) ort ±s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,85±1,41	8,08±1,65	0,981	0,328
KYŞBT Duygusal	10,85±2,37	12,01±2,42	3,082	0,002*
KYŞBT Toplam	18,69±3,11	20,1±3,29	2,776	0,006*

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmaya katılan hemşirelerin KYŞ bilgi durumuna göre dağılımı ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmazken ($p > 0.05$) duygusal belirtiler alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmaktaydı ($p < 0.05$) (Tablo 4.5.10).

Tablo 4.5.11. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Meslekte Çalışma süresi Durumuna Göre Dağılımı

	Meslekte Çalışma süresi			F	p
	0-9 Yıl (n=100) ort $\pm$ s.s	10-19 Yıl (n=37) ort $\pm$ s.s	20 Yıl ve Üzeri (n=24) ort $\pm$ s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,77 $\pm$ 1,62	8,38 $\pm$ 1,48	8,17 $\pm$ 1,13	2,384	0,095
KYŞBT Duygusal	11,6 $\pm$ 2,36	11,05 $\pm$ 2,55	11,42 $\pm$ 2,78	0,663	0,517
KYŞBT Toplam	19,37 $\pm$ 3,31	19,43 $\pm$ 3,31	19,58 $\pm$ 3,19	0,041	0,960

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

İkili Karşılaştırmalar için Tukey Testi uygulanmıştır.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Tablo 4.5.11'e göre acil servis hemşirelerinin meslekte çalışma süresi durumları ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştı (p >0.05).

Tablo 4.5.12. HEKYŞBTÖ ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Bir Kadın ile Karşılaşma Durumunda Verilecek Tepkiye Göre Dağılımı

	Şiddete Uğramış Bir Kadın için Verilecek Tepki				X ²	p
	Ne Yap.Bi. (n=16) ort $\pm$ s.s	Hekime Yönl. (n=65) ort $\pm$ s.s	Yasal Bilgi V. (n=74) ort $\pm$ s.s	Diğer (n=6) ort $\pm$ s.s		
KYŞBT Fiziksel	7,19 $\pm$ 1,8	8,2 $\pm$ 1,6	7,95 $\pm$ 1,43	7,83 $\pm$ 0,75	5,779	0,123
KYŞBT Duygusal	12,06 $\pm$ 2,72	11,66 $\pm$ 2,39	11,15 $\pm$ 2,52	11,17 $\pm$ 1,47	1,995	0,573
KYŞBT Toplam	19,25 $\pm$ 4,07	19,86 $\pm$ 3,32	19,09 $\pm$ 3,16	19 $\pm$ 1,55	2,697	0,441

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

X²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin şiddete maruz kalmış bir kadın ile karşılaşma durumunda verilecek tepki durumu ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı ($p > 0.05$) (Tablo 4.5.12).

4.6. Ahlaki duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Tablo 4.6.1. Katılımcıların ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyutlar	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
ADÖ Otonomi	19,44	18,00	8,79	7,00	49,00
ADÖ Yarar Sağlama	12,43	12,00	5,00	4,00	27,00
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,79	12,00	6,48	5,00	35,00
ADÖ Çatışma	11,48	12,00	4,16	3,00	21,00
ADÖ Uygulama	12,42	12,00	5,13	4,00	28,00
ADÖ Oryantasyon	10,22	9,00	5,91	4,00	28,00
ADÖ Toplam	90,27	86,00	31,18	30,00	193,00

Tablo 4.6.1'e göre araştırmaya katılan acil sağlık ekibinin alt boyut ortalamalarının, otonomi boyutunda $19,44 \pm 8,79$, yarar sağlama boyutunda $12,43 \pm 5,0$, bütüncül yaklaşım boyutunda $13,79 \pm 6,48$, çatışma boyutunda $11,48 \pm 4,16$, uygulama boyutunda $12,42 \pm 5,13$, oryantasyon boyutunda $10,22 \pm 5,91$ olduğu ve ADA'nın toplam puan ortalamasının ise $90,27 \pm 31,18$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6.2. Katılımcıların ADA'ya Verdiği Cevapların Dağılımı (n=161)

İFADE	1	2	3	4	5	6	7
Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.	98 (60,9)	15 (9,3)	9 (5,6)	14 (8,7)	8 (5)	5 (3,1)	12 (7,5)
Hastalarımın bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.	32 (19,9)	28 (17,4)	22 (13,7)	23 (14,3)	14 (8,7)	12 (7,5)	30 (18,6)
Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.	82 (50,9)	24 (14,9)	10 (6,2)	20 (12,4)	8 (5)	5 (3,1)	12 (7,5)
Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.	76 (47,2)	24 (14,9)	15 (9,3)	21 (13)	10 (6,2)	2 (1,2)	13 (8,1)
Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.	35 (21,7)	25 (15,5)	27 (16,8)	18 (11,2)	12 (7,5)	16 (9,9)	28 (17,4)
Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.	74 (46)	29 (18)	24 (14,9)	10 (6,2)	7 (4,3)	4 (2,5)	13 (8,1)
İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.	65 (40,4)	31 (19,3)	22 (13,7)	21 (13)	6 (3,7)	5 (3,1)	11 (6,8)
Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.	62 (38,5)	33 (20,5)	28 (17,4)	16 (9,9)	8 (5)	4 (2,5)	10 (6,2)
Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.	22 (13,7)	18 (11,2)	9 (5,6)	25 (15,5)	19 (11,8)	30 (18,6)	38 (23,6)
Hastaların bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.	70 (43,5)	28 (17,4)	25 (15,5)	15 (9,3)	9 (5,6)	1 (0,6)	13 (8,1)
Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	21 (13)	17 (10,6)	22 (13,7)	32 (19,9)	17 (10,6)	27 (16,8)	25 (15,5)
Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart	49 (30,4)	46 (28,6)	27 (16,8)	18 (11,2)	8 (5)	10 (6,2)	3 (1,9)

işlem/prosedürlere güvenirim.							
Bakım/ tedavi uygulamalarında hemşire- hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.	86 (53,4)	25 (15,5)	13 (8,1)	16 (9,9)	7 (4,3)	5 (3,1)	9 (5,6)
Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşıyorum.	52 (32,3)	28 (17,4)	28 (17,4)	24 (14,9)	17 (10,6)	6 (3,7)	6 (3,7)
Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda da hareket ederim.	38 (23,6)	28 (17,4)	22 (13,7)	36 (22,4)	17 (10,6)	8 (5)	12 (7,5)
Çoğu kez iyi bakım / tedavinin hasta için karar vermeyi içerdiğine de inanırım.	42 (26,1)	36 (22,4)	31 (19,3)	20 (12,4)	11 (6,8)	14 (8,7)	7 (4,3)
Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.	46 (28,6)	34 (21,1)	24 (14,9)	23 (14,3)	18 (11,2)	11 (6,8)	5 (3,1)
Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.	23 (14,3)	27 (16,8)	29 (18)	35 (21,7)	15 (9,3)	13 (8,1)	19 (11,8)
Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtıyorum.	39 (24,2)	37 (23)	29 (18)	23 (14,3)	10 (6,2)	11 (6,8)	12 (7,5)
Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.	26 (16,1)	32 (19,9)	39 (24,2)	24 (14,9)	15 (9,3)	16 (9,9)	9 (5,6)
Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.	64 (39,8)	32 (19,9)	23 (14,3)	21 (13)	8 (5)	9 (5,6)	4 (2,5)
İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.	78 (48,4)	29 18)	18 (11,2)	17 (10,6)	7 (4,3)	5 (3,1)	7 (4,3)
Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşıyorum.	20 (12,4)	17 (10,6)	45 (28)	35 (21,7)	18 (11,2)	12 (7,5)	14 (8,7)

Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusunun karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.	36 (22,4)	36 (22,4)	30 (18,6)	22 (13,7)	15 (9,3)	12 (7,5)	10 (6,2)
Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.	70 (43,5)	25 (15,5)	23 (14,3)	21 (13)	9 (5,6)	6 (3,7)	7 (4,3)
Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.	19 (11,8)	20 (12,4)	19 (11,8)	32 (19,9)	10 (6,2)	14 (8,7)	47 (29,2)
Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.	61 (37,9)	34 (21,1)	23 (14,3)	22 (13,7)	6 (3,7)	11 (6,8)	4 (2,5)
Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.	23 (14,3)	22 (13,7)	35 (21,7)	34 (21,1)	16 (9,9)	17 (10,6)	14 (8,7)
Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.	61 (37,9)	35 (21,7)	28 (17,4)	14 (8,7)	10 (6,2)	6 (3,7)	7 (4,3)
Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.	54 (33,5)	27 (16,8)	28 (17,4)	23 (14,3)	6 (3,7)	10 (6,2)	13 (8,1)

AS hemşirelerine ADA verildi. Bu ankette yer alan ifadelere katılım dereceleri sorgulandı. Buna göre:

Katılımcıların %60,9'u "Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır." ifadesine tamamen katıldığını, %50,9'u "Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir." ifadesine tamamen katıldığını ve %47,2'si "Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım." ifadesine tamamen katıldığını belirtmekteydi.

AS hemşirelerinin %46'sı "Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir." ifadesine tamamen katıldığını, %40,4'ü "İyi bir

bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.” ifadesine tamamen katıldığını ve %43,5’i “Hastaların bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.” ifadesine tamamen katıldığını belirtmekteydi.

Araştırmaya katılan AS hemşirelerinin %21,7’si “Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.” ifadesinde kararsız olduğunu ve %29,2’si “Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.” ifadesine tamamen katılmadığını belirtmekteydi.

Katılımcıların %53,4’ü “Bakım/ tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.” ifadesine tamamen katıldığını, %39,8’i “Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.” ifadesine tamamen katıldığını, %48,4’ü “İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.” ifadesine tamamen katıldığını ve %43,5’i “Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.” ifadesine tamamen katıldığını belirtmekteydi (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.3. ADA ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş		t	p
	18-34 (n=109) ort ±s.s	35 Ve Üstü (n=52) ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	18,79±7,96	20,81±10,26	1,366	0,174
ADÖ Yarar Sağlama	12,27±4,81	12,77±5,39	0,596	0,552
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,45±5,98	14,50±7,42	0,962	0,337
ADÖ Çatışma	11,27±4,11	11,92±4,27	0,937	0,350
ADÖ Uygulama	12,04±4,61	13,23±6,04	1,260	0,211
ADÖ Oryantasyon	9,64±5,32	11,42±6,88	1,646	0,104
ADÖ Toplam	87,70±28,55	95,67±35,77	1,524	0,129

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.3'e göre acil servis hemşirelerinin yaşları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.4. ADA ve Alt Boyutlarının cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n=95)	Erkek (n=66)		
	ort $\pm$ s.s	ort $\pm$ s.s		
ADÖ Otonomi	18,99 $\pm$ 8,89	20,09 $\pm$ 8,67	0,781	0,436
ADÖ Yarar Sağlama	12,49 $\pm$ 5,19	12,33 $\pm$ 4,74	0,201	0,841
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,17 $\pm$ 6,66	14,68 $\pm$ 6,14	1,463	0,145
ADÖ Çatışma	11,35 $\pm$ 4,15	11,67 $\pm$ 4,19	0,478	0,633
ADÖ Uygulama	12,44 $\pm$ 5,08	12,39 $\pm$ 5,24	0,058	0,953
ADÖ Oryantasyon	9,84 $\pm$ 6,01	10,76 $\pm$ 5,76	0,967	0,335
ADÖ Toplam	88,36 $\pm$ 31,11	93,03 $\pm$ 31,3	0,935	0,351

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetleri ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.4).

Tablo 4.6.5. ADA ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Medeni Durum			X ²	p
	Evli (n=78)	Bekar (n=83)	Dul/Boşanmış (n=83)		
	ort $\pm$ s.s	ort $\pm$ s.s			
ADÖ Otonomi	20,68 $\pm$ 9,66	18,29 $\pm$ 7,79	17,63 $\pm$ 7,35	2,595	0,273
ADÖ Yarar Sağlama	12,89 $\pm$ 5,11	12,03 $\pm$ 4,79	11,5 $\pm$ 5,93	1,096	0,578
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	14,68 $\pm$ 7,2	13,03 $\pm$ 5,85	11,88 $\pm$ 1,81	1,900	0,387
ADÖ Çatışma	11,44 $\pm$ 4,32	11,68 $\pm$ 4,07	10 $\pm$ 3,38	1,562	0,458

ADÖ Uygulama	13,14±5,43	11,89±4,84	10,13±3,52	4,100	0,129
ADÖ Oryantasyon	11±6,67	9,44±5,05	9,5±4,44	0,833	0,659
ADÖ Toplam	94,54±33,92	86,6±28,51	81,13±20,61	1,884	0,390

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

X²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

İkili Karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Katılımcıların medeni durumları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.6. ADA ve Alt Boyutlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı

	Çocuk		t	p
	Var (n=71) ort ±s.s	Yok (n=90) ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	20,73±9,96	18,42±7,65	1,665	0,098
ADÖ Yarar Sağlama	12,69±5,42	12,22±4,66	0,589	0,557
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	14,35±7,25	13,34±5,8	0,980	0,329
ADÖ Çatışma	11,32±4,34	11,6±4,03	0,417	0,677
ADÖ Uygulama	13±5,63	11,97±4,67	1,272	0,205
ADÖ Oryantasyon	10,87±6,73	9,7±5,14	1,215	0,227
ADÖ Toplam	93,87±34,5	87,43±28,15	1,274	0,194

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.6'ya göre acil servis hemşirelerinin çocuğa sahip olma durumu ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.7. ADA ve Alt Boyutlarının Çocuk sayısına Göre Dağılımı

	Çocuk Sayısı		Z	p
	1-2 (n=57)	3 ve Daha Fazla (n=14)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	20,75±8,68	20,64±14,47	0,883	0,377
ADÖ Yarar Sağlama	12,51±5,07	13,43±6,81	0,406	0,685
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,95±6,75	16±9,09	0,152	0,879
ADÖ Çatışma	11,46±4,32	10,79±4,51	0,406	0,685
ADÖ Uygulama	12,61±5,17	14,57±7,23	0,999	0,318
ADÖ Oryantasyon	10,67±6,21	11,71±8,77	0,065	0,948
ADÖ Toplam	93,12±32,15	96,93±44,1	0,289	0,772

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Z: Mann Whitney U testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan kişilerin çocuk sayıları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.7).

Tablo 4.6.8. ADA ve Alt Boyutlarının Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Dağılımı

	İsteyerek Meslek Seçimi		t	p
	Evet (n=113)	Hayır (n=48)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	19,71±9,37	18,81±7,29	0,590	0,556
ADÖ Yarar Sağlama	12,29±5,14	12,75±4,67	0,531	0,596
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,78±6,83	13,81±5,63	0,030	0,976
ADÖ Çatışma	11,31±4,31	11,88±3,79	0,788	0,432
ADÖ Uygulama	12,35±5,51	12,58±4,14	0,290	0,772
ADÖ Oryantasyon	10,49±6,24	9,58±5,03	0,887	0,376
ADÖ Toplam	90,37±33,32	90,04±25,74	0,061	0,951

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Katılımcıların mesleği isteyerek seçme durumları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.8).

Tablo 4.6.9. ADA ve Alt Boyutlarının Mesleği Severek Yapma Durumuna Göre Dağılımı

	Mesleği Severek Yapma		t	p
	Evet (n=128)	Hayır (n=33)		
	ort $\pm$ s.s	ort $\pm$ s.s		
ADÖ Otonomi	19,05 $\pm$ 8,24	20,97 $\pm$ 10,66	1,121	0,264
ADÖ Yarar Sağlama	12,22 $\pm$ 4,66	13,24 $\pm$ 6,13	1,050	0,376
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,55 $\pm$ 6,37	14,73 $\pm$ 6,89	0,933	0,352
ADÖ Çatışma	11,35 $\pm$ 4,11	11,97 $\pm$ 4,38	0,760	0,448
ADÖ Uygulama	12,27 $\pm$ 4,92	13 $\pm$ 5,92	0,725	0,470
ADÖ Oryantasyon	9,81 $\pm$ 5,57	11,79 $\pm$ 6,92	1,724	0,087
ADÖ Toplam	88,64 $\pm$ 28,65	96,61 $\pm$ 39,35	1,091	0,192

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.9'a göre acil servis hemşirelerinin mesleği severek yapma durumu ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.10. ADA ve Alt Boyutlarının Birimde Kendi İsteği ile Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Birimde İsteği ile Çalışma		t	p
	Evet (n=139) ort ±s.s	Hayır (n=22) ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	19,44±8,76	19,45±9,16	0,008	0,994
ADÖ Yarar Sağlama	12,2±5,02	13,86±4,69	1,455	0,148
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,65±6,39	14,64±7,07	0,659	0,511
ADÖ Çatışma	11,27±4,23	12,82±3,43	1,635	0,104
ADÖ Uygulama	12,23±5,2	13,64±4,6	1,197	0,233
ADÖ Oryantasyon	10,25±5,77	10±6,83	0,185	0,853
ADÖ Toplam	89,24±30,98	96,82±32,34	1,060	0,291

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan kişilerin birimde kendi isteği ile çalışma durumları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.10).

Tablo 4.6.11. ADA ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

	Şiddete Maruz Kalmış Kadın ile Karşılaşma		t	p
	Evet (n=107) ort ±s.s	Hayır (n=54) ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	18,64±8,45	21,02±9,31	1,626	0,106
ADÖ Yarar Sağlama	12,44±5,26	12,41±4,47	0,038	0,970
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,21±6,34	14,93±6,65	1,590	0,114
ADÖ Çatışma	11,06±4	12,31±4,36	1,827	0,070
ADÖ Uygulama	11,96±5,19	13,33±4,93	1,609	0,110
ADÖ Oryantasyon	9,86±5,63	10,93±6,41	1,082	0,281

ADÖ Toplam	87,38±31,78	96±29,38	1,665	0,098
------------	-------------	----------	-------	-------

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Katılımcıların şiddete maruz kalmış kadınla karşılaşma durumları ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.11).

Tablo 4.6.12. ADA ve Alt Boyutlarının Kadına Yönelik Şiddet Bilgi Durumuna Göre Dağılımı

	KYŞ Bilgisi		t	p
	Evet (n=78)	Hayır (n=83)		
	ort ±s.s	ort ±s.s		
ADÖ Otonomi	19,24±9,26	19,63±8,38	0,275	0,783
ADÖ Yarar Sağlama	11,85±5,18	12,98±4,79	1,439	0,152
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,69±7,04	13,88±5,94	0,183	0,855
ADÖ Çatışma	11,13±4,4	11,81±3,92	1,036	0,302
ADÖ Uygulama	12,15±5,67	12,67±4,58	0,639	0,524
ADÖ Oryantasyon	10,21±5,87	10,23±5,97	0,025	0,980
ADÖ Toplam	88,72±33,94	91,73±28,46	0,612	0,541

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.12'ye göre acil servis hemşirelerinin KYŞ bilgi durumu ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.13. ADA ve Alt Boyutlarının Meslekte Çalışma süresi Durumuna Göre Dağılımı

	Meslekte Çalışma süresi			F	p
	0-9 Yıl (n=100) ort $\pm$ s.s	10-19 Yıl (n=37) ort $\pm$ s.s	20 Yıl ve Üzeri (n=24) ort $\pm$ s.s		
ADÖ Otonomi	18,85 $\pm$ 8,05	19,08 $\pm$ 10,05	22,46 $\pm$ 9,45	1,686	0,189
ADÖ Yarar Sağlama	12,35 $\pm$ 4,85	11,81 $\pm$ 5,86	13,71 $\pm$ 4,05	1,084	0,341
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	13,58 $\pm$ 5,97	13,41 $\pm$ 7,35	15,25 $\pm$ 7,13	0,725	0,486
ADÖ Çatışma	11,57 $\pm$ 4,09	11 $\pm$ 4,12	11,83 $\pm$ 4,59	0,354	0,703
ADÖ Uygulama	12,26 $\pm$ 4,7	11,97 $\pm$ 5,87	13,79 $\pm$ 5,61	1,048	0,353
ADÖ Oryantasyon	9,83 $\pm$ 5,39 ^(a)	9,41 $\pm$ 6,44 ^(a)	13,08 $\pm$ 6,52 ^(b)	3,496	0,033*
ADÖ Toplam	88,85 $\pm$ 28,63	86,59 $\pm$ 37,14	101,88 $\pm$ 30,04	2,050	0,132

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

İkili Karşılaştırmalar için Tukey Testi uygulanmıştır.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin meslekte çalışma süresi ile ADÖ oryantasyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$) diğer alt boyutları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). 0-9 yıl ve 10-19 yıl arası çalışma süresi olan hemşirelerin oryantasyon alt ölçek puanında ahlaki duyarlılıkları daha gelişmiş bulunmuştu. (Tablo 4.6.13).

Tablo 4.6.14. ADA ve Alt Boyutlarının Şiddete Maruz Kalmış Bir Kadın ile Karşılaşma Durumunda Verilecek Tepkiye Göre Dağılımı

	Şiddete Uğramış Bir Kadın için Verilecek Tepki				X ²	p
	Ne Yap.Bi. (n=16) ort $\pm$ s.s	Hekime Yönl. (n=65) ort $\pm$ s.s	Yasal Bilgi V. (n=74) ort $\pm$ s.s	Diğer (n=6) ort $\pm$ s.s		
ADÖ Otonomi	21,81 $\pm$ 10,73	18,43 $\pm$ 8,54	19,73 $\pm$ 8,83	20,5 $\pm$ 4,72	1,998	0,573

ADÖ Yarar Sağlama	14,44±5,44	11,85±5,07	12,53±4,92	12,17±3,25	2,552	0,466
ADÖ Bütüncül Yaklaşım	15,69±6,59	12,98±5,99	14,05±6,91	14,17±5,85	2,727	0,436
ADÖ Çatışma	12,88±3,81	10,94±4,85	11,69±3,56	11±3,52	3,426	0,330
ADÖ Uygulama	14,38±4,8	11,45±5,47	12,88±4,91	12,17±3,25	6,045	0,109
ADÖ Oryantasyon	10,5±7,3	9,65±5,5	10,74±6,11	9,17±3,87	1,232	0,745
ADÖ Toplam	101±32,61	85,02±32,46	92,51±30,17	91±18,41	4,036	0,258

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

X²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı belirtmektedir.

Katılımcıların şiddete maruz kalmış kadınla karşılaşma durumunda verilecek tepki ile ADÖ alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6.14).

4.7. ADA ve HEKYŞBTÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Tablo 4. 7. 1. ADA ve HEKYŞBTÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Dağılımı

		ADÖ Otonomi	ADÖ Yarar Sağlama	ADÖ Bütüncül Yaklaşım	ADÖ Çatışma	ADÖ Uygulama	ADÖ Oryantasyon	ADÖ Toplam
KYŞBT	r	-0,029	0,072	0,020	-0,063	-0,075	-0,044	-0,024
Fiziksel	p	0,710	0,366	0,801	0,426	0,343	0,580	0,766
KYŞBT	r	-0,058	0,120	-0,038	0,190	-0,060	-0,097	0,006
Duygusal	p	0,465	0,129	0,629	0,016	0,449	0,223	0,937
KYŞBT	r	-0,057	0,124	-0,019	0,113	-0,081	-0,093	-0,006
Toplam	p	0,469	0,117	0,807	0,152	0,310	0,239	0,936

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

$0,00 \leq r \leq 0,49$ Zayıf Korelasyon (İlişki)

$0,50 \leq r \leq 0,69$ Orta Düzeyde Korelasyon (İlişki)

$0,70 \leq r \leq 1,00$ Güçlü Korelasyon (İlişki)

(- değer negatif (ters); + değer pozitif (doğru) yönlü ilişkiyi belirtir.)

p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.7.1'e göre ADÖ alt boyutlarının puanları ile HEKYŞBTÖ alt boyutlarının puanları arasından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

5.1 Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan AS hemşirelerinin (n=161) yaş ortalamalarının $31,40 \pm 8,6$ 'dır. Araştırmaya katılan kadın sayısı (%59,0) erkek sayısından (%41,0) fazladır. Eğitim durumu incelendiğinde en yüksek oranla lisans mezunu hemşireler (%58,4) çalışmaktadır. Acil servis hemşirelerinin çoğunun evli olduğu (%49,7) saptanmıştır. Çocuk sahibi olma durumunda ise çocuğu olmayanların sayısı (%55,9) daha fazladır. Meslekte çalışma sürelerinin ortalaması ise $9,05 \pm 8,61$ idi. Tanımlayıcı bilgiler açısından Demirgil'in (2020) çalışmasının bulguları bizim araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Çalışılan gruplarının benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların mesleği isteyerek seçenlerin oranı (%70,2) ve mesleği severek yapan kişilerin oranı fazla (%79,5) olup birimde kendi isteğiyle çalışma oranı da oldukça yüksektir (%86,3).

Meslek yaşamında şiddete maruz kalmış bir kadın ile karşılaşma durumu sorgulandığında hemşirelerin %66,5'inin KYŞ olgusu ile karşılaştığı görülmüştür. Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) çalışmasında, bizim çalışmamızla benzer şekilde hemşire ve ebelerin %67,5'i KYŞ olgusu ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Yine aynı şekilde Kara ve ark.nın (2018) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %72,6'sının iş yaşamında KYŞ olgusu ile karşılaştığı saptanmıştır. Acil servislerde kadına yönelik uygulanan şiddetle karşılaşma oranlarının yüksek olması ve bu problemin yaygın görülmesi sebebiyle özellikle acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalmış kadınları belirlemede ve yardım etmede önemli bir pozisyonda bulunduğu yönündeki düşüncemizi desteklemektedir.

Şiddete maruz kalmış bir kadın ile karşılaşma durumunda hemşirelerin %46,0'sı "Şiddete maruz kalan kadınları yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendiririm." ifadesinde bulunmuşlardır. Benzer oranda %40,4'ü "Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm." ifadesinde bulunmuştur. Ne yapacağını bilemeyenlerin oranı ise %9,9'dur. Hemşirelerin "Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm" ifadesinin azımsanmayacak derecede yüksek çıkması hemşireliğin profesyonelleşmesi yolunda eksi bir durumdur. Hemşirenin görevi sadece Anamnez alıp hekime yönlendirmek değil aynı zamanda şiddet gören

kadına psikolojik ve manevi destekte bulunmak olmalıdır. Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) benzer bir çalışmasında ise şiddet olgusu ile karşılaştıklarında hemşire ve ebelerin, %28,8'i karşılaştıkları olgularda şiddete maruz kalan kişiyi bilgilendirdiğini, %26,9'u psikolojik olarak rahatlattığını, %1,9'u tedavisini yaptırdığını ve % 11,6'sı hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir. Christofides ve Silo'nun (2005) çalışmasında hemşirelerin yaptıkları uygulamalar en çok tedavi, danışmanlık, yasal konularda bilgi, anamnez alma, özel durum olduğunu düşündüğü için müdahale etmeme ve ne yapacağını bilmeme şeklindedir. Kıyak'ın (2008) çalışmasında yer alan hemşire ve ebelerin % 86,3'ü şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki bir sorumluluk olarak görmektedir. Bahsedilen bu çalışmalarda hiçbir şey yapmayan veya ne yapacağını bilmeyenlerin oranı son derece yüksektir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre şiddete uğrayan kadınların %76'sının sağlık personelinin şiddet bildirimi sürecindeki davranışlarından memnun oldukları bildirilmiştir (ASPB, 2014). Şiddete maruz kalan birey şiddeti bildirmek, belgelemek veya tedavi almak için sağlık kurumuna başvurmak durumundadır. Hemşireler ise bu süreçte şiddete maruz kalan birey ile ilk etkileşim kuran sağlık çalışanlarıdır. Şiddet görmüş kadın genellikle bu meslek üyesi ile daha kolay iletişime geçebilir. Bu sebeple hemşirelerin şiddete maruz kalan kadını bilgilendirmesi/yönlendirmesi ve gereken bildirimleri yapması şiddetin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Hemşire ve ebelerin büyük çoğunluğu (% 51,6) şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir. Baysan'ın (2003) çalışmasında hemşire ve ebelerin %66,9'nun bilgi almaya gereksinimi olduğu bulunmuştur. KYŞ'in özellikle saptanmasında anahtar bir rol oynayabilecek hemşirelerin çoğunluğunun bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Schoening ve ark 2004). Bu bulgular hemşirelerin acil servise başvuran kadınlarda şiddeti tanıma ve ele almada yeterli donanıma sahip olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %77,6'sı KYŞ'i ele almanın mesleki uygulamalar içerisinde yer alması gerektiğini düşünmektedir. Arabacı ve Karadağlı'nın (2003) çalışmasında, İzmir ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşirelerin yüzde 92,9'u mesleki eğitimlerinde KYŞ konusunda eğitim almadıklarını bildirmesi hemşirelik eğitiminde önemli bir eksikliğin göstergesidir. Sağlık çalışanlarının şiddeti

tanımları için bu konuda gerek okul eğitimi sırasında gerek meslek hayatı sırasında eğitim almalarının yararlı olacağı düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanıma Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımının Tartışılması

Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçeğin duygusal belirtiler alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 18 arasında değişmekte olup, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması $11,45 \pm 2,46$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1). Bu puan hemşirelerin duygusal belirtileri tanımada kısmen yeterli olduğunu göstermektedir. HEKYŞBTÖ'nin fiziksel belirtiler alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 13 arasında değişmekte olup, fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması $7,97 \pm 1,54$ olarak bulunmuştur.). Bu puan hemşirelerin fiziksel belirtileri tanımada kısmen yeterli olduğunu göstermektedir. HEKYŞBTÖ'den aldıkları puanlar 0 ile 31 arasında değişmekte olup, toplam ölçek puan ortalaması $19,42 \pm 3,27$ olarak bulunmuştur.). Bu puan hemşirelerin KYŞ belirtileri tanımada kısmen yeterli olduğunu göstermektedir. Kara ve ark (2018) çalışmada ise duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının $10,99 \pm 2,66$, fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının $8,07 \pm 1,68$, toplam ölçek puan ortalamasının $19,06 \pm 3,68$ olduğu saptanmıştır ve bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzer sonuçlar içermektedir. Bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde Sarıbyık'ın (2012) hemşire ve hekimlerle yaptığı çalışmada, katılımcıların toplam puanı $18,6 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Kanlıca (2019) hemşirelerle ve asistan hekimlerle yaptığı bir çalışmada katılımcıların toplam puanını $18,83 \pm 3,38$ olarak tespit etmiştir.

Ölçeğin yeterlilik derecelendirmesine göre incelendiğinde hemşirelerin fiziksel belirtileri tanıma da %6,2'si "yeterli", %77'si "kısmen yeterli" ve %16,8'i "yetersiz" bulunmuştu. Duygusal belirtileri tanıma da %16,1'i "yeterli", %74,5'i "kısmen yeterli" ve %9,3'ü "yetersiz" bulunmuştu. Toplam da belirtileri tanıma da %8,1'i "yeterli", %82,6'sı "kısmen yeterli" ve %9,3'ü "yetersiz" bulunmuştu (Tablo 4.4.5). Bu bulgular ışığında hemşire, ebe ve hekimlerin KYŞ belirtilerini tanımada aldıkları puanlar değerlendirildiğinde duygusal belirtileri fiziksel belirtilere göre tanımada daha yeterli olmakla birlikte genel olarak kısmen yeterli oldukları söylenebilir. Bu konuda bilgilendirilmeye gereksinimleri oldukları, mezuniyet sonrası ve meslek içi eğitim programlarına tabi tutulmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Arabacı ve Karadağlı'ya (2006) göre hemşire ve ebelerin KYŞ belirtilerini tanıma konusunda yeterli düzeyde olmaması, var olan KYŞ vakalarını tanıyamamalarına ve bu sebeple söz konusu şiddet süreçlerini durduramamalarına sebep olabilir. Engellenemeyen her KYŞ de gelecek kuşaklara aktararak, kişilerin, ailelerin ve toplumun fiziksel ve ruhsal sağlığını kötü yönde etkileyeceğinden bilhassa hemşirelerin en kısa zamanda bilgi alma gereksinimlerinin karşılanması gereklidir.

5.3. Katılımcıların Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanıma Düzeylerinin Bireysel Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması

Hemşirelerin yaş gruplarına göre kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamalarının ve toplam ölçek puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın oldukları saptanmıştır. Katılımcılar 35 yaş altı, 35 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldığında KYŞ belirtilerini tanımlarına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) yaptığı çalışmada, hemşire ve ebelerin yaş gruplarına göre KYŞBT'larına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde 46-54 yaş grubunda bulunan hemşire ve ebelerin fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek puan ve toplam ölçek puan ortalamalarının, diğer yaş grubundaki hemşire ve ebelerin fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek puan ve toplam ölçek puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı sonuçlar olması ankete katılanların profilinin farklılığından olabileceği gibi çalışmamızdaki yaş gruplandırması ile Arabacı ve Karadağlı'nın çalışmasındaki yaş gruplandırmasındaki farklılıktan da kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyetleri ile fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı şekilde toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Yayla (2009) ise yaptığı çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyete göre

KYŞBT'larına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bu farkın sebebi çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda KYŞBT'larına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bekar olan kişiler evli olan kişilere göre KYŞ fiziksel belirtilerini daha az tanımaktadır. Bu istatistiğin sebebi çalışmaya katılan bekar kişilerin çoğunluğunun meslekte çalışma süresinin az olması ve dolayısıyla KYŞ ile sıklıkla karşılaşmaması olarak düşünülebilir. Yayla (2009) ise hemşire, ebe ve hekimlerin cinsiyete göre KYŞBT'larına ilişkin yaptığı çalışmada anlamlı bir fark bulamamıştır.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre KYŞBT'larına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları, duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak çocuk sahibi olmayanların KYŞBT'larına ilişkin toplam ölçek puan ortalamasının ($X=19,54\pm3,25$), çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun çocuk sahibi olanların aile birliğinin dağılmaması için bazı aile içi şiddete yönelik tutumları benimsemiş ve normal olarak değerlendirmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada hemşirelerin KYŞ belirtilerini tanıma ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının meslekte çalışma süresine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Baysan (2003) ve Kıyak'ın (2008) çalışmalarında da çalışma süresi ile bilgi durumu arasında bir ilişkili bulunmamıştır. Meslekte çalışma süresinin artması ile şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi ve becerinin artması beklenirdi. Bu sonuçlar hemşire ve ebelerden mesleki uygulamaları sırasında bu tür roller beklenmemesinin yanında KYŞ'in mezuniyet öncesinde olduğu gibi mezuniyet sonrası eğitiminde de yeterli derecede yer almadığı yönünde değerlendirilebilir.

Katılımcıların iş yaşamında KYŞ olgusu ile karşılaşma durumlarına göre KYŞBT'larına ilişkin fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0,05$), duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). KYŞ olgusu ile karşılaşmanın fiziksel, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan

ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) ve Yayla'nın (2009) çalışması da bizim araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup hemşire ve ebelerin fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının, karşılaşmayan hemşire ve ebelerinkinden oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu üç araştırma sonucu bize şiddet olguları ile karşılaşmanın, şiddetin fiziksel ve duygusal belirtilerini tanımada ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Arabacı ve Karadağlı'ya (2006) göre, şiddete maruz kalan kadını anlamanın en iyi yolu, şiddete maruz kalan bireyle karşılaşmak, iletişimde bulunmak, gözlemde bulunmak ve tanımadır.

HEKYŞBT'leri ile ilgili alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamalarının şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olma algısına göre fiziksel alt boyut puanında ve toplam ölçek puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Baysan'ın (2003) çalışmasında hemşire ve ebelerin KYŞ konusunda kendi yeterlilik algılarına göre KYŞ belirtilerini tanıma yeterlilikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

5. 4. Katılımcıların ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin ADA ve 6 alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde oryantasyon ($10,22\pm5,91$) ve çatışma ($11,48\pm4,16$) alt boyutlarında ahlaki duyarlılıkları en yüksek, otonomi alt boyutunda ($19,44\pm8,79$) ise ahlaki duyarlılıkları en düşük bulunmuştur (Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir). ADA toplam puan ortalaması $90,27\pm31,18$ olarak bulunmuştur. Tosun'un "sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı duyarlılıklarının belirlenmesi" konulu araştırmasında hemşire ve doktorların uygulama ($11,38\pm4,3$) ve oryantasyon ($8,30\pm3,68$) alt boyutlarında ahlaki duyarlılığı yüksek, otonomi alt boyutunda ($18,41\pm6,30$) ahlaki duyarlılığı düşük ve ADA toplam puan ortalamasını $85,23\pm18,84$ olarak belirlemiştir. Bizim bulgularımız ile Tosun'un araştırması benzer sonuçlar göstermiştir. Aynı ölçek kullanılarak yapılan Aksu ve arkadaşlarının "İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi" isimli araştırmasında ise hemşirelerin çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılığı (4.45 ± 0.51) ve ADA toplam puan ortalaması (102.46 ± 4.306) yüksek, otonomi alt boyutunda ise ahlaki duyarlılığı (25.25 ± 1.56) düşük bulunmuştur. Taylan (2013) ise Adana'da yaptığı

çalışmada oryantasyon ($9,7\pm3,9$) ve uygulama ($10,7\pm4$) alt boyutlarında ahlaki duyarlılıkları en yüksek, otonomi alt boyutunda ($18,6\pm6,8$) ise ahlaki duyarlılıkları en düşük bulunmuştur.

5. 5. Katılımcıların ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA'nın toplam puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen tüm ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılıkların olduğu saptanmıştır.

Lutzen ve arkadaşlarının (2000) araştırmalarında ve Tosun'un (2005) araştırmasında yaş ilerledikçe otonomi düzeyi artarken, bizim araştırmamızda otonomi düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Taylan'ın (2013) çalışması da bizim çalışmamız gibi acil serviste gerçekleştirilmiştir ve otonomi boyutunda azalma görülmüştür. Taylan'a göre ilerleyen yaş ile otonomi alt boyutunda duyarlılığının azalmasının sebebi, acil birimlerin oluşturdukları idari sistemlerdir. Yaş ilerledikçe ve acil serviste çalışma süresi arttıkça idari sistemleri ve acil hastalıklara hızlı ve yerinde müdahale etmeyi sağlamak için geliştirilen protokolleri tanıma ve bilme düzeyi artmakta, bu durum sağlık çalışanlarının özerk davranmasındaki duyarlılığın azalmasına sebep olabilmektedir.

Tazegün ve Çelebioğlu'nun (2016) araştırmasında hemşirelerin cinsiyetleri ve ahlaki duyarlılık düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır. Kırılmaz ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerinin etik duyarlılıklarını araştırdıkları çalışmasında da cinsiyetlere göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları açısından değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Kırılmaz ve ark 2015). Araştırma sonuçlarına paralel olarak çalışmamızda da katılımcıların ahlaki duyarlılık ve alt boyutlarına ait puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın aksine yurtdışında yapılan cinsiyet farklılıklarının etik duyarlılık üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir meta analiz çalışmasında kadınların erkeklere oranla daha fazla duyarlılığa sahip olduğu bulunmuştur (You, D. Ve ark. 2011).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ahlaki duyarlılık ve alt boyutlarına ait puanlarının medeni duruma göre farklılığının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit

edilmiştir. Söz konusu çalışmamıza paralel olarak Kavak'ın (2020) hemşirelerin etik duyarlılık ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi konulu araştırmasında medeni durum ile ahlaki duyarlılık puanı arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Tosun (2005) ve Tazegün'ün (2013) çalışmalarında yarar sağlama alt boyutunda evli hemşireler bekar hemşirelerden daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Taylan'ın (2013) çatışma alt boyutunda ve Tosun'un (2005) çalışmasında yarar sağlama, uygulama ve toplamda çocuk sahibi olanların etik duyarlılığın yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise çocuk sahibi olmanın ahlaki duyarlılık üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Tüm bu farklılıkların örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ahlaki duyarlılık ve alt boyutlarına ait puanlarının oryantasyon alt boyutu dışında çalışma yılına göre farklılığının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarımızla aynı doğrultuda olan Başak ve arkadaşlarının (2010) yoğun bakımda yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi ile etik duyarlılık arasında farklılık bulunmazken sadece otonomi alt boyutunda farklılık tespit edilmiş, otonomi ilkesine duyarlılığın 1 seneden az çalışan hemşirelerde daha düşük olduğu ve meslekte çalışma süresi fazlaştıkça, otonomi etik ilkesine duyarlılığın geliştiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda belirttiğimiz gibi sadece oryantasyon boyutunda 10-19 yıl arası çalışan hemşirelerin ahlaki duyarlılığı daha yüksektir.

Araştırmadaki hemşirelerin mesleğini sevmeye durumlarına göre otonomi, uygulama, oryantasyon alt boyutlarındaki ADA puan ortalamalarında ve ADA genel puan ortalamasında istatistiksel farklılıkların olmadığı saptanmıştır. Taylan'ın (2013) yaptığı acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi isimli çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Hemşireler ile yapılan bir diğer araştırmada mesleği sevmeye durumunun bütüncül yaklaşımı etkilediği ve mesleğini severek yapanların bütüncül yaklaşım duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Kahrıman ve Çalık, 2017).

Çalışmamızda hemşirelerin acil serviste kendi isteği ile çalışma durumuna göre etik duyarlılıkları incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Nas (2017) ile Avşar ve Daşbilek (2019) de birimde çalışma isteğine göre hemşirelerin etik duyarlılıklarının farklılaşmadığını bildirilmiştir. Bunların aksine Tosun'un (2005) çalışmasında ise

birimlerinde kendi isteği ile çalışan hemşirelerin yarar sağlama boyutundaki etik duyarlılıklarının diğer hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir

5. 6. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve HEKYŞBTÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırma hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının profesyonel davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. ADA ve HEKYŞBTÖ puanları arasındaki ilişkiye dair korelasyon testi sonucunda hemşirelerin HEKYŞBTÖ fiziksel alt boyutu ile ADÖ otonomi, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutları ve toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunurken yarar sağlama ve bütüncül yaklaşım alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada HEKYŞBTÖ duygusal alt boyutu ile ADÖ otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunurken yarar sağlama, çatışma alt boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

Araştırmada HEKYŞBTÖ toplam puanı ile ADÖ otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyutları ve toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunurken yarar sağlama ve çatışma alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

Hemşirelerin KYŞ belirtilerini tanıma düzeyleri ile ADA toplam puanları arasında da anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Bilgimize göre bu konuları birbiriyle kıyaslayan çalışma yoktur. Bu nedenle sonuçlara dair net bir yorum yapamamakla beraber gruplar arasında sayıların farklılığının, örneklem grubu sayısının az oluşunun ve katılımcıların anketi uygularken ki tutumunun buna neden olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Acil serviste çalışan hemşirelerinin, KYŞ belirtilerini tanımada bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve bunun ahlaki duyarlılık ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin çoğunluğunun KYŞ'i ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü,
- AS hemşirelerinin KYŞ'i ele almanın mesleki uygulamaların içinde yer alması gerektiğini düşündüğü,
- Katılımcıların çoğunluğunun meslek hayatında şiddet görmüş kadın ile karşılaştığı,
- Çalışmaya katılan hemşirelere “Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşırsanız ne yaparsınız?” sorusu sorulduğunda katılımcıların çoğunluğu “Yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendiririm.” cevabını verdiği, ikinci cevap olarak ise “Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm.” cevabını verdiği,
- AS hemşirelerinin KYŞ belirtilerini tanıma toplam ortalama puanı $19,42 \pm 3,27$ 'dir ve yeterlilik durumu “kısmen yeterli” olduğu,
- Şiddetin duygusal belirtilerini tanıma da fiziksel belirtilere göre daha yeterli olduğu,
- Kadınların erkeklere oranlara KYŞ belirtilerini daha fazla tanıdığı,
- Çalışmaya katılan hemşirelerin ahlaki duyarlılık toplam puanının $(90,27 \pm 31,18)$ olduğu ve ahlaki duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu,
- ADA alt boyutları içerisinde ahlaki duyarlılığın en yüksek oryantasyon alt boyutunda $(10,22 \pm 5,91)$, en düşük otonomi alt boyutunda olduğu $(19,44 \pm 8,79)$,
- Katılımcıların ahlaki duyarlılıkları ile demografik özellikleri kıyaslandı. Arasından anlamlı bir fark yoktu.
- Meslekte çalışma süresi 20 yıl ve üzerine çıkan kişilerin Ahlaki duyarlılıkta oryantasyon alt boyutunun düştüğü tespit edilmiştir.

- HEKYŞBTÖ ile ADA arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

- KYS'in belirtilerinin tanımlanması ve önlenmesine ilişkin, mezun olduktan sonra sertifikalı eğitim programlarının oluşturulması ve bütün sağlık görevlilerinin bu programlara tam katılımının sağlanması,
- Hemşirelere eğitim gördükleri kurumlarda KYS konusunun eğitim içeriğinde yer alması, kadın erkek eşitliği, cinsiyet, kadın, insan hakkı, vb. kavramların verilmesi ve bu konudaki sorumluluklarının farkına vardırılması,
- Acil servis hemşirelerinin KYS'i belirleme, önleme, tedavi ve bakım konularında görev ve sorumluluklarının ayrıntılı olarak belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- Sağlık çalışanlarına KYS'e ilişkin sosyal ve yasal sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarının, şiddetin önlenmesinde etkili olan diğer disiplinlerle (güvenlik, adalet, sosyal hizmetler ve milli eğitim gibi) iletişim ve işbirliği içinde çalışması,
- Kurumlarda bulunan etik kurulların hizmet içi eğitim programlarında etik ikilemleri çözmede sağlık çalışanlarına rehberlik etmesi ve ahlaki duyarlılığı geliştirmek adına eğitimler yapması,
- Sağlık çalışanlarının, acil durumlarda etik ikilemler ile karşılaştıklarında yararlanacağı etik standartların etik kurullar tarafından oluşturulması,
- Çalışma şartları ve iş yoğunluğu gibi sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve ahlaki duyarlılık düzeylerini, hastalara yönelik tutumlarını olumsuz etkileyen şartların düzeltilmesi gerekmektedir.
- Sorunların tespiti ve farkındalığın oluşması için benzer çalışmaların farklı birimlerde çalışan sağlık personeline ve daha geniş evren ve örneklem ile yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AKSU, T., AKYOL, A. (2011). İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History*, 19(1): 16-24.
- AKKUŞ, S., YILDIRIM, G. (2018). Erkeklerin Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Uygulamasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Gaziantep University, *Journal of Social Sciences*, 17 (4), 1368-1388
- AKTAŞ, A. M. (2006) *Aile içi Şiddet, Kadının ve Çocuğun Korunması*, Ankara: Elma Yayıncılık.
- ALTINAY, A. G., ARAT, Y. (2007). *Türkiye'de kadına yönelik şiddet*. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri. 2. baskı; S: 15-199.
- ANDERSON, P. (2002). *Perceptions of Women Using the Support Services Offered by the Domestic Violence Holistic Healthcare Project*. London: Faculty of Health, South Bank University.
- ARABACI, L B., KARADAĞLI, A. (2006). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2):101-112.
- AVRUPA KONSEYİ ANLAŞMALAR SERİSİ- No.210 (Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence, Council of Europe Treaty Series - No. 210. Sözleşmenin Türkçe metni için bkz. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308M1-1.pdf> (Erişim Tarihi. 01.05.2021), Sözleşmenin İngilizce metni için bkz. <https://rm.coe.int/168008482e> (Erişim Tarihi. 01.05.2021).

- AVŞAR, G., DAŞBİLEK, F. (2016). Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 45-53.
- AYDIN, E. (2001). *Tıp Etiğine Giriş*. 1. Baskı, Ankara: Pegem-A Yayıncılık, 1-8.
- AYDIN, İ.(2006). *Eğitim ve Öğretimde Etik*. 2. baskı, Ankara: Pegem yayıncılık, 13–30.
- BABADAĞ, K. (2010). *Hemşirelik ve Değerler* (s.31–41). Ankara: Alter Yayıncılık.
- BAYAR, H. (2013). *Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi.
- BAŞAK, T., UZUN, Ş., ARSLAN, F., (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(1), s.76-81.
- BAYSAN, L. (2003). *Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Geliştirme*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- BERKTAY, F. (2004). *Kadınların insan haklarının gelişimi ve Türkiye* (Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları No:7). İstanbul Üniversitesi. Sivil Toplum Kuruluşları Eğitim ve Araştırma Birimi. 1-30.
- BURKHARDT, M. A., NATHANIEL, A. K. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. Alpar, Ş. E, Bahçecik, N., Karabacak, Ü. Çeviri editörleri, 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 24-538.
- BÜTÜN, C. (2002). *Kadına Yönelik Ölümle Suçlanan Şiddetin Değerlendirilmesi*. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- CAN, Y. (2015). *Üniversite Öğrencilerinin Aile, Cinsiyet Roller ve Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları*. International Journal of Social Sciences and Education Research, 1 (1), 163-175.
- CHRISTOFİDES, N., SİLO, Z. (2005). *How Nurses' Experiences of Domestic Violence Influence Service Provision: Study Conducted in North- West Province, South Africa*, Nursing and Health Sciences, 7(9), 9–14.
- COMRIE, R. (2012). *An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity*. Nursing Ethics;19(1):116–127.
- ÇİFTÇİ, S. (2011). *Mardin İlinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi.
- DEMİR, S., YEŞİLTEPE OSKAY, Ü. (2015). “Aile İçi Şiddetin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, C. 5, S. 1, Y., s. 37
- DEMİRGİL, M. (2020). *Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı İle Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri Ve Bilgi Düzeyleri*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
- DİNÇ, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40:113-119
- EFE, S Y. (2012). Acil Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol Ve Sorumlulukları. *F. Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi*; 26:49-54.
- ELÇİOĞLU, E., KIRIMLIOĞLU, N. (2003). Tıp Etiği İlkeleri. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 26-40.

- ERBEK, E EN., BEŞTEPE, E., AKAR, H., ALPKAN, L. (2004). Kadına Yönelik Fiziksel ve Cinsel Şiddet: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam dergisi*; 17:196- 204.
- ERSOY, N., GÜNDOĞMUS, ÜN. (2003). A Study of The Ethical Sensitivity of Physicians in Turkey. *Nursing Ethics*; 10(5): 472-484.
- FUNDAMENTAL RIGHTS AGENCY (FRA) (2014). Violence against women: an EU-wide survey Main results. European Union Agency for Fundamental Rights. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf (Erişim Tarihi: 01.05.2021)
- GÖKKAYA, V. (2011). Türkiye’de Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 12, Sayı 2, s,101-112
- GÖMBÜL, Ö. (2000). Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 1:19-32.
- GUTMANİS, I., BEYNON, C., TUTTY, L., WATHEN, CN., MACMILLAN, HL. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7(1), 1.
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK. (2011). T.C.,27910, 19 Nisan 2011.
- HİNDERLİTER, D., DOUGHTY, AS., DELANEY, K., PİTULA, CR., CAMPBELL, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients, *J Nurs Educ.*, Oct; 42(10): 449–454.

- IŞIK, N.S. (2008). Kadına Yönelik Şiddet Konusunda İdeolojik Yaklaşımlar. 1. Kadın Sağlığı Kongresi. “Kadına Yönelik Şiddet”. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi. 50-55.
- İBİLOĞLU, A. (2012). Aile İçi Şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 4, 208.
- İNSAN KAYNAKLARI GELİŞTİRME VAKFI. (2005). *Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı elkitabı*.
- JAMES, O. (1997). Making a Difference - The History of Modern EMS, JEMS Communications, Mosby-Year Book.
- JOHNSON, MP. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*: 283-94.
- KADININ STATÜSÜ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (KSGM). (2014), “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması”
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/siddet2014/rapor/KKSATRAnaRaporKitap26Mart.pdf> (Erişim tarihi 01.05.2021)
- KADIOĞLU, S. (2007). Etik Etik Dedikleri, III. Koloproktoloji- Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı, 12–14 Nisan. Adana. Adana Ostomi Derneği, Türk Tabipler Birliği, Çukurova Üniversitesi, Cleveland Clinic katkılı yayın, 86–88.
- KAHRİMAN, İ., ÇALIK, K. (2017). *Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(3): 111-121.
- KARA, P., AKÇAYÜZLÜ, Ö., GÜR, A Ö., EVŞEN, N. (2018). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3):115-122

- KARABOĞA, I. (2013). *Şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik belirtiler: Kişilik özellikleri ve sosyal destek algısı açısından bir inceleme*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 135 sayfa, Ankara.
- KARADAĞLI, F. (2016). Profesyonel Hemşirelikte Etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 197-200.
- KARAÖZ, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4(1): 8-15.
- KAVAK, Ş. N. (2020). *Hemşirelerin Etik Duyarlılık Ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi*, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KIYAK, S. (2008). *Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi Ve Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Konya
- KOCACIK, F., ÇAĞLAYANDERELİ, M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6, 25-43
- KOÇ, Z. (2019). *Acil Hemşireliği: Tarihi Perspektif*. Duran L, Editör, Sheehy nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri), 6. Baskı, Ankara, Palme Yayınevi; 3-7.
- KRUG, EG., MERCY, JA., DAHLBERG, LL., ZWI, AB. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva. The lancet; 360(9339):1083-8.
- KUĞUOĞLU, S. (2004). *Acil Bakım*. İçinde: Şelimen D (editör). *Acil Bakım*, 3. Baskı. İstanbul, Yüce Yayım.

- KAHRİMAN, İ., YEŞİLÇİÇEK ÇALIK , K. (2017). Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 111 - 121
- KANLICA, A., (2019). *Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanıma Konusunda Bilgi Düzeyi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşirelik Bilim Dalı, Konya
- LUTZEN, K., DAHLQVİST, V., ERİKSSON, S., NORBERG, A. (2006). Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nursing Ethics*, 13(2): 187-196.
- LUTZEN, K., JOHANSSON, A., NORDSTRÖM, G. (2000). Moral Sensitivity: Some Differences Between Nurses And Physicians. *Nursing Ethics*, 7, 520–530.
- NAS, Z. (2017). *Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- OĞUZ, Y. N., TEPE ,H., BÜKEN, N. Ö., KIRIMSOY KUCUR, D. (2005). Etik ikilem. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. 1 Baskı, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları: 87-88.
- ORGANİZATİON WH. (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. World Health Organization,
- ORGUN, F. ve KHORSHİD, L. (2009). Byrd’ın hemşireler için etik duyarlılık testinin geçerlik ve güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*
- ORHAN, F. (2007). *Sağlık hizmetlerinde etik boyut: hastanelerde çalışan personelin etiksel sorunlara yaklaşımlarının belirlenmesine yönelik bir alan çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.

- ORKUN, N., EŞER, İ., GÜNEŞ ÇELİK, G. (2017). Acil Hemşireliği Tarihi. *İstabil Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*; 5(1) :16-25
- ÖZTÜRK, A B. (2014) *Erkeklik Ve Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Eşine Şiddet Uygulayan Erkekler*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Kasım Karataş).
- SARI, K.S. (2010). *Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Aile Mahkemeleri Bağlamında Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
- SARIBIYIK, M. (2012). *Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- SARIHAN, A. (2014). Acil Tıbbın Tarihsel Gelişimi. <https://xn--aciltip-t9a.com/acil-tip-nedir> Erişim tarihi: 14.05.2021.
- SARPDAG, M. (2005). Çocuk Suçluluğunun Nedenleri”, *Çağın Polisleri Dergisi*, Sayı 36.
- SCHOENİNG AM, GREENWOOD JL, MCNİCHOLS JA, HEERMANN JA, AGRAWAL S (2004) *Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses*, JOGNN, 33(5), 572–579.
- SEVİL, Ü.. YANIKKEREM, E. (2006). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. İzmir: Güven Kitapevi
- STEWART, D. E./ROBINSON, G. ERLİCK. (1998). “A Review of Domestic Violence and Women's Mental Health”, *Archives of Women's Mental Health*, Vol. 1, No. 2, Y., s. 86.

- ŞELİMEN, D., GÜRKAN, A. (2009). Türkiye’de Acil Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi ve Mevcut Durumu. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*;15(5): 413-415.
- ŞENER, E. B. (2011). Kadına Yönelik Aile içi şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 201 sayfa, Ankara.
- ŞENOL, D., YILDIZ, S. (2013). *Kadına Yönelik Şiddet Algısı-Kadın ve Erkek Bakış Açılıyla*. Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları p.8-13.
- TAYLAN, S., AKPINAR, E., KEKEÇ, Z., SEBE, A., (2008). *Her Yönü ile Acil Tıp*.1. Baskı, Adana: Serdar Yayınevi: 175-178.
- TAYLAN, S. (2013). *Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi*, Çukurova Üniversitesi SAĞLIK Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim DALI, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014:1-51.
- T.C. BAŞBAKANLIK KADININ STATÜSÜ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara 2008.
- TOSUN, H. (2005). *Sağlık uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- TURLA, A. (2006). Kadına Yönelik Şiddet ve Sorunun Çözümünde Sağlık Personelinin Rolü. *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*; 18(8), 59–66.
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ. (2005). Türk Ceza Kanunu, <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (Erişim Tarihi: 01.05.2021)

- UYSAL, A. (2006). Aile İçi Şiddet Tanımlar ve Epidemiyolojik Göstergeler. *Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşım. Meslek Gruplarına Yönelik El Kitabı*. 7-11.
- ÜLMAN, Y. I. (2010). Etik, Biyoetik, Hukuk: Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-4.
- ÜNALDI, N. (2013). *Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi; 1-39.
- UNDAW Short History of the Commission on the Status of Women. 2009a. <https://www.un.org/womenwatch/daw/CSW60YRS/CSWbriefhistory.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2021)
- VATANDAŞ, C. (2013). *Aile İçi Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Afyon.
- VATANDAŞ, C. (2007). *Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerinin Algılanışı*. Sosyoloji Konferansları. (35):29-56.
- YANCEY, VJ. (1997). Values and ethics. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing, Theory and Practice, 4 th Ed. St Louis, Mosby Year Book Inc.,p.181-192.
- YAYLA, İ D. (2009). *Hekim Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Adli Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- YILDIRIM, G. (2008). *Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kuramsal etik çalışması yapanlardan bekledikleri*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı.

YILDIRIM, G., KADIOĞLU S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 29(2): 7-12. Erişim: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1569.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2021.

YOU, D., MAEDA, Y. AND BEBEAU, M. J. (2011) Gender differences in moral sensitivity: a meta-analysis. *Ethics and Behavior*; 21(4)p.263-282.



EKLER

Ek 1. Anketler

BİREYSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerinin, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve ahlaki duyarlılık ile ilişkisini karşılaştırmak amacı ile planlanmaktadır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasına ve literatüre katkı sağlayacağından, önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3. Medeni Durum

() Evli () Bekâr () Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

4. Çocuğunuz var mı? Varsa sayısı?

() Var (Çocuk Sayısı:....) () Yok

5. Eğitim Durumu

() Sağlık Mes. Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Y. Lisans

6. Meslekte Çalışma Süresi

.....

7. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Çalıştığınız birimde kendi isteğinizle mi çalışıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Birimde Çalışma Süresi?

11. Ayda Kaç Saat Çalışıyorsunuz?

12. Çalışma şekliniz nedir?

☐ Sürekli gündüz ☐ Sürekli gece ☐ Vardiyalı

13. Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla hiç karşılaştınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığınızda hemşire/ebe olarak ne yaparsınız?

A) Ne yapacağımı bilemeyebilirim

B) Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm.

C) Yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendiririm

D) Diğer(yazınız).....

15. Kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Kadına yönelik şiddeti ele almanın mesleki uygulamalarınız içinde yer alması gerektiğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

HEMŞİRE, EBE VE HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA İLİŞKİN ÖLÇEK

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

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

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

AHLAKİ DUYARLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen maddelerden tamamen katıldığınıza 1, hiç katılmadığınızı 7 rakamını işaretleyiniz. Eğer cevabınız kesinlik içermiyorsa 1 ile 7 arasında uygun bulduğunuz rakamı işaretleyiniz. Rakamın küçüklüğü katılma derecenizi göstermektedir. Doğru veya yanlış cevap gibi bir şey söz konusu değildir.

1

2

3

4

5

6

7

**Tamamen
Katılıyorum**

**Hiç
Katılmıyorum**

	İFADE	1	2	3	4	5	6	7
1.	Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.							
2.	Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.							
3.	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.							
4.	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.							
5.	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.							
6.	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.							
7.	İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.							
8.	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.							
9.	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.							
10.	Hastaların bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.							
11.	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.							
12.	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.							
13.	Bakım/ tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.							
14.	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.							

15.	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.							
16.	Çoğu kez iyi bakım / tedavinin hasta için karar vermeyi içerdiğine de inanırım.							
17.	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.							
18.	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.							
19.	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.							
20.	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.							
21.	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.							
22.	İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.							
23.	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.							
24.	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.							
25.	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.							
26.	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.							
27.	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.							
28.	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.							
29.	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.							
30.	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.							