

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİM, EBE VE
HEMŞİRELERİN KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETİ TANIMA
VE BİLDİRİM KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ
DR. AYŞEGÜL TAŞKIRAN ÇATAK

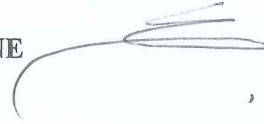
TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYSUN ÖZŞAHİN

DENİZLİ

2015

Doç. Dr. AYSUN ÖZŞAHİN DANIŞMANLIĞINDA DR. AYŞEGÜL TAŞKIRAN ÇATAK tarafından hazırlanan “Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma Ve Bildirim Konusundaki Tutum Ve Davranışları” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 07/10/2015 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

A.D. BAŞKANI: Doç.Dr. Tamer EDİRNE



ÜYE: Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN



ÜYE: Prof. Dr. Okay BAŞAK



Yukarıdaki İmzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum. .../.../...

Prof. Dr.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan

BEYAN

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğine beyan ederim.

Dr. Ayşegül TAŞKIRAN ÇATAK

18 KASIM 2015

TEŞEKKÜR

Bir heyecanla başlayıp adım attığım uzmanlık eğitimimde sona gelmiş bulunuyorum. Aile hekimi uzmanının tıbbiyeli olmaktan başka her yönüyle hekim olabilmek anlamına geldiğini ve en önemlisi her yönüyle hastayı ele alabilmek olduğunu öğrendim. Zorlu ve yorucu eğitim sürecimde an be an yol gösteren; bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen tüm hocalarım ve büyüklerime teşekkürü bir borç bilir ve saygıyla önlerinde eğilmek isterim.

Bu araştırmanın başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen, bilimsel katkılarıyla bana yardımcı olan, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol göstererek epidemiyolojik bakış açısı kazanmamı sağlayan değerli danışman hocam Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN'e;

Uzmanlık eğitimi sürecinde katkılarıyla bize her zaman, en iyi ve en doğru bilgiyi vermeyi hedef bilerek, kanıta dayalı tıp etiğini hayat felsefesi olarak benimseten anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Tamer EDİRNE'ye;

Gerek yurt içi gerekse yurt dışı tecrübelerini paylaşıp, engin bilgilerini esirgemeyen ve biyopsikososyal yaklaşımı özümsetenen saygıdeğer hocamız Doç. Dr. Kenan TOPAL'a;

Tezimin her aşamasında fikirleriyle bana yol gösteren ve geri bildirimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ü. Şevkat Bahar Özvarış ve Prof. Dr. Akça Toprak Ergönen'e;

İyi kötü günlerimizi birlikte geçirdiğimiz ve her daim yardımlarını, bilgi ve becerilerini esirgemeyen canım dostlarım Yrd. Doç. Dr. Şule ONUR, Araş. Gör. Dr. Ayşe ERDOĞAN ve Araş. Gör. Dr. Ayşen Til'e ve tüm meslektaş dostlarıma;

Benim bu günlere gelmemi sağlayan ve asıl başarımın sahibi olan, maddi, manevi destekçilerim sevgili anneme, babama ve biricik kardeşim Uzm.Vet.Abdullah TAŞKIRAN'a;

Hayatımın her noktasında desteğini, güvenini ve sevgisini esirgemeyip her daim yanımda olan sevgili eşim Opr. Dr. Adem ÇATAK'a;

Bana duyguların en güzeli olan anneliği yaşatan canlarım Emir Arel ve Merter Çağlar'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum....

Uzm. Dr. Ayşegül TAŞKIRAN ÇATAK

İÇİNDEKİLER

ONAY	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xiii
ÖZET	xiv
İNGİLİZCE ÖZET	xvii
GİRİŞ ve AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
1. BİR “SAĞLIK SORUNU” OLARAK AİLE İÇİ ŞİDDET.....	5
2. ŞİDDET KAVRAMI	6
3. ŞİDDET NEDİR?	6
4. ŞİDDETİN TÜRLERİ	7
4.1. Psikolojik Şiddet	7
4.2. Fiziksel Şiddet.....	7
4.3. Cinsel Şiddet	8
4.4. Ekonomik Şiddet.....	8
5. BAZI ÖZEL ŞİDDET TÜRLERİ	9
5.1. Aile içi şiddet	9
5.1.1. Kadına yönelik şiddet.....	9
5.1.2. Çocuğa yönelik şiddet (Çocuk istismarı)	11
5.1.3. Yaşlıya yönelik şiddet (Yaşlı istismarı)	13

5.2.	Okulda şiddet	14
5.3.	İşyerinde şiddet (Mobbing)	16
5.4.	Kişinin kendisine yönelik şiddet (İntihar)	17
6.	KYAIŞ' DE BİRİNCİL, İKİNCİL, ÜÇÜNCÜL KORUMA.....	18
6.1.	Primordial korunma	18
6.2.	Birincil koruma	18
6.3.	İkincil Koruma	19
6.4.	Üçüncül Koruma	19
7.	AİLE HEKİMİ KYAIŞ' E YAKLAŞIMDA NELER YAPABİLİR.....	19
8.	DÜNYA'DA KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET	22
9.	TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET.....	23
10.	KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETİ ÖNLEMEK İÇİN HUKUKİ DÜZENLEMELER ŞİDDET	25
10.1.	Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	25
10.2.	4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun.....	25
10.3.	Türk Ceza Kanununda Aile İçi Şiddet	27
10.4.	Medeni Kanun ve Aile İçi Şiddet.....	28
10.5.	Aile İçi Şiddete Yönelik Sağlık Personelinin Yasal Sorumlulukları	29
	GEREÇ ve YÖNTEM.....	31
1.	Araştırmanın İzni ve Zamanı	31
2.	Evren ve Örneklem	31
3.	Verilerin Toplanması	31
4.	Ölçeğin Geçerliliği	33
4.1.	Kapsam (içerik) Geçerliliği.....	33
4.2.	Yapı-Kavram Geçerliliği.....	33
5.	Ölçeğin Güvenirliği ve İç Tutarlılık.....	34
6.	Verilerin Değerlendirilmesi	34
7.	Araştırmanın Etiği.....	35

8. Sınırlılıklar	35
9. Araştırmanın Güçlü Yönleri	35
BULGULAR	36
TARTIŞMA	70
SONUÇLAR	94
ÖNERİLER	97
KAYNAKLAR	99
EKLER	112
1. Etik kurul onayı	112
2. Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımlarına Yönelik Ölçek Formu	113
3. Hekim ve ASE' lerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti tanıma Bildirim Konusundaki Tutum ve Davranışları Anket Formu.....	114
4. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu	118
5. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu.....	120
6. Kyaiş Bildirim Formu (Sağlık Kurumlarından Sağlık Müdürlüğüne)..	122
7. Kyaiş Bildirim Formu (Sağlık Müdürlüğünden Sağlık Bakanlığına)..	123

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AİŞ: Aile İçi Şiddet

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BB: Birinci Basamak

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HEHKYSBT: Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtlerini Tanımlama

HEHKYSBTÖ: Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtlerini Tanımlama Ölçeği

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)

KYAİŞ: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

KYŞ: Kadına Yönelik Şiddet

Maks: Maksimum

MD: Madde

MİN: Minimum

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SS: Standart Sapma

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

SYO: Sağlık Yüksek Okulu

ŞÖNİM: Şiddet nleme ve İzleme Merkezi

T.C: Türkiye Cumhuriyet

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TP: Toplam lek Puanı

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık rgt)

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1	Hekim ve ASE' larının çalışmaya katılım oranları.....	36
Tablo 2	Çalışma grubunun sınıflanmış yaş ortalamaları.....	37
Tablo 3	Birinci basamakta hekim, hemşire ve ebelerin ortalama çalışma süreleri.	38
Tablo 4	Hekim, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri.	40
Tablo 5	Araştırma grubunun aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu kadın hastaya karşı tutumu.....	41
Tablo 6	Aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu bir kadın hastası olduğunda, hekim, hemşire ve ebelerin tutumlarının karşılaştırılması ..	42
Tablo 7	Meslek hayatı boyunca, AİŞ' e uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtenlerin bazı sosyodemografik özellikleri.....	44
Tablo 8	Araştırma grubunun aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımı..	46
Tablo 9	Hekim, hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya, yaklaşımları.....	47
Tablo 10	Araştırma grubunda AİŞ' i bildiren ve bildirmeyenlerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	49
Tablo 11	AİŞ' i bildirmeyen sağlık personelinin bildirimden alıkoyan nedenler ...	51
Tablo 12	AİŞ' i bildirmeyen hekim, ebe ve hemşirelerin, bildirmeme nedenlerinin dağılımı.	52
Tablo 13	Araştırma grubunun meslek hayatı boyunca herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastasına yaklaşımı.	53

Tablo 14	Araştırma grubunda AİŞ' e uğradığından şüphe duyduğu hastasını bildiren ve bildirmeyenlerin bazı sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması.	54
Tablo 15	AİŞ' den şüphe duyduğu halde bildirimde bulunmayan hekim, ebe ve hemşireleri bildirimde bulunmaktan alıkoyan nedenler.....	56
Tablo 16	AİŞ' den şüphe duyduğu halde bildirmeyenlerin, bildirmeme nedenlerinin cinsiyete göre dağılımları	57
Tablo 17	Sağlık çalışanlarının, AİŞ tanısı konan ya da AİŞ' e uğradığından şüphe duyulan kadın hastayı bildirmeme nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı..	58
Tablo 18	Hekim, ebe ve hemşirelerin AİŞ tanısı konan ya da AİŞ' e uğradığından şüphe duyulan kadın hastayı bildirmeme nedenleri.....	59
Tablo 19	Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek telefon hat/ hatlar hakkındaki bilgi düzeyi	60
Tablo 20	Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek kurum ve kuruluşlar hakkındaki bilgi düzeyleri.....	60
Tablo 21	Araştırma grubunun kadına yönelik aile içi şiddeti önlemek amacıyla yapılabilecekler konusundaki önerilere katılım oranları.....	61
Tablo 22	Araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumu (doğru yanıt verenler)	63
Tablo 23	Araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumu (doğru yanıt verenler)	64
Tablo 24	Araştırma grubunun toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının ortalaması ..	65
Tablo 25	Araştırma grubunun mesleklerine göre toplam ve alt ölçek puan ortalamaları.	65

Tablo 26	Araştırma grubunun cinsiyetlere göre toplam ve alt ölçek puan ortalamaları	66
Tablo 27	Araştırma grubunun yaş gruplarına göre toplam ölçek puanları.....	66
Tablo 28	Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre TÖP' ları	67
Tablo 29	Hekim, ebe ve hemşirelerin KYAİŞ şüphesi ile gelen kadın hastasına karşı yaklaşımlarının TÖP ile karşılaştırılması.....	68

GRAFİKLER DİZİNİ

Şekil 1	Araştırma Grubunun Meslek Dağılımları	37
---------	---	----

ÖZET

Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma Ve Bildirim Konusundaki Tutum Ve Davranışları

Dr. Ayşegül TAŞKIRAN ÇATAK

Kadına yönelik şiddet; dinine, diline, ırkına, eğitim düzeyine, kültürüne ve yaşına bakmaksızın dünyada ve Türkiye’de gün geçtikçe artmaktadır. Sosyal bir problem olmasının yanı sıra, halk sağlığı kapsamında ciddi bir sağlık problemidir. Bu araştırma, kadına yönelik şiddeti anlama ve ortaya çıkarmada, önemli bir basamak olan birinci basamak sağlık çalışanlarının, bu konuyla ilgili bilgilerini ve bildirimde bulunma konusundaki tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Denizli, Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerinde yer alan toplam 50 ASM ’ de çalışmakta olan 158 hekim ve 158 ebe-hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş olup, evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmaya bu 50 ASM’ de çalışan 316 kişiden 266 kişi katılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan; sosyodemografik özellikleri sorgulayan 9 sayıda soru, tutum ve davranış belirlemeye yönelik ilave 13 soru olmak üzere 22 sorudan anket formu ve “Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek” kullanıldı.

Çalışma grubunun yaş ortalaması $42,6 \pm 6,5$ (min- maks 26-62)2’ di. Çalışma grubunun % 66,3’ ü kadındı. Araştırma kapsamındaki katılımcılardan % 48,5’ i hekim, % 39,5’ i ebe, % 12’ si hemşireydi. Katılımcıların % 7,4’ ü 5 yıldan daha az süredir, % 80,9’ u 6-25 yıl arası, % 11,7’ si 26 yıldan daha fazla süredir birinci basamakta

çalışmaktaydı. Çalışma grubunun % 5,6'sı bekâr, % 89,1'i evli, % 0,8'inin eşi ölmüştü; % 4,5'si ise eşinden ayrılmıştı. Araştırma grubunun % 91,3' ünün çocuğu vardı.

Araştırma grubunun toplam ölçek puanlarına baktığımızda, ortalama $19,3 \pm 4,2$ puan puan alındığı görülmektedir (maksimum puan 31). Fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması $8,2 \pm 1,9$ puan (maksimum puan 13). Duygusal belirtiler alt ölçek puanı ortalaması 11,1 puan (maksimum puan 18). Bu puanlamaya göre “Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek” puan hesaplaması sonucunda bilgi düzeyleri “ kısmen yeterli “ olarak hesaplanmıştır. Toplam ölçek puanlarını hekim, hemşire ve ebeler arasında karşılaştırdığımızda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,005$). Toplam ölçek puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,005$). Araştırma grubunun toplam ölçek puanları ile birinci basamaktaki çalışma süreleri arasında ki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma grubunun % 89,4' ü meslek hayatı boyunca, aile içi şiddete uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtti. Araştırma grubunun şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımları incelendiğinde; sadece % 22 kadarı (52 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtirken, % 18 civarı (41 kişi) ise 155' i arayarak polise haber verdiğini belirtmiştir. Hekimlerin asıl uygulamadaki ilk adımları muayene etmektir. Araştırmamızda AİŞ nedenli başvuru aldığını belirten 124 hekimden ancak üçte biri (43 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtmiştir. Geriye kalan % 65' lik kısım AİŞ nedenli başvuru almasına rağmen muayene edip adli rapor hazırlamamıştır.

AİŞ şikâyeti ile başvuran hastası olup, bildirimde bulunmayan sağlık personeline (164/237 kişi), kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep /sebepleri sorduğumuzda; yarıdan fazlası (94/164 kişi) en yüksek oranda AİŞ' i tespit etseler bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadıkları yanıtını vermişlerdir.

Çalışma grubumuzdaki sağlık çalışanlarından; herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedeniyle başvuru sırasında, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak; aile içi şiddetten şüphe duyduğunuz kadın hastanız oldu mu? ” sorusuna % 60’ dan fazla (165 kişi) kişi evet yanıtı vermiştir. Meslek hayatı boyunca, herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastasına karşı daha aktif bir davranışta bulunanların % 21,8’ i (36 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını, % 12,7’ si (21 kişi) 155’ i arayarak polise haber verdiğini, % 23,6’ sı (39 kişi) müdürlüğe ya da TSM’ ye bildirdiğini belirtmişlerdir. Herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedeniyle başvurusu sırasında, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak; AİŞ’ e uğradığından şüphe duyduğu hastası için bildirimde bulunmayanlara (122 kişi), kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebepler sorulmuştur. Buna göre hekim, ebe ve hemşirelerin neredeyse tamamı önemli olmadığını düşündükleri için bildirimde bulunmadıkları yanıtını vermişlerdir.

Anahtar Kelime: kadın, şiddet, tutum, bildirim, hekim

SUMMARY

Attitudes and behaviors of the primary care physicians, midwives and nurses in the recognition and reporting of domestic violence against women

MD. Ayşegül TAŞKIRAN ÇATAK

Violence against women is increasing in the world and Turkey regardless of the religion, language, folk, level of education, age and culture day by day. In addition to being a social problem of violence, is a serious health problem within the context of public health. This research, to understand and uncover violence against women, the primary health care, information related to this issue and conducted to determine the attitudes and behavior regarding to notify a descriptive cross-sectional study.

This descriptive study aims at determining the knowledge levels and attitudes of healthcare professionals who are the first to get confronted with female victims of violence. The study was conducted on 158 nurses, midwives, and 158 physicians of 50 primary healthcare centers in Pamukkale and Merkezefendi counties of Denizli.

266 of the 316 people in the target population of the study participated in the research.

Data was gathered by means of two different questionnaire forms.

In collecting data; ‘nurses and midwives depicting indications of violence directed at woman scale’ and containing the doctors, nurses and midwives attitude 22 questions related to violence directed at woman were used.

Average age of participants is $42,6 \pm 6,5$ (min- maks 26-62). 66,3 % of participants is woman. Respondents were 48,5% physician, 39,5% of midwives, nurses 12%. 7,4% less than 5 years, 80,9% 6-25 years, 11,7% more than 26 years of the participants were working in primary healthcare centers. 91,3% of the study group had children.

The research group has received an average of $19,3 \pm 4,2$ (max score 31) percentage points. Physical symptoms subscale score was $8,2 \pm 1,9$ (max score 13). Emotional symptoms subscale scores average was 11,1 (max score 13).

89.4% of the study group said that their had female patient applicant itself Domestic Violence For suffered during his career. when the research group of the violence women patient analyzed approaches; only about 22% of (52 people) said stating that examination and prepare a medical report, Some 18% (41 people) stated that alerted the police. The first steps in actual practice of physicians are to examine. In our research, only (43 people) one-third of the 124 physicians, stating that the reason to take applications domestic violence said stating that examination and prepare a medical report. The 65 % remaining part Although the applicants induced domestic violence but don' t examination and prepare a medical report.

We ask the medical personnel without notice, why has not prevented them from reporting; The highest rate of domestic violence even if they detect continue to implement the individual women living with violence. We ask the same question to the medical personnel who had female patient that during the application from non-violence health problems induced. And their said; According to almost all of the research group responses that they thought it was not important to their notice.

The results indicated that healthcare professionals need knowledge regarding violence against women to be able to identify the signs since they had not received any relevant training and are partially sufficient when encountering a case of violence.

Keywords: women, violence, attitude, report, physician

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadına yönelik aile içi şiddet, aile içinde meydana gelen, kadınlara; kocaları, babaları, erkek kardeşleri ya da sevgilileri tarafından uygulanan cinsiyete dayalı baskı ve üstünlük kurmayı amaçlayan, tehdit, dayatma, kontrol içeren özellikte eylemler bütünüdür. Bu eylemler fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik zarar ile sonuçlanabilir ve kadının insan haklarını ihlal edebilir düzeyde olabilir.

Ülkemizde kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve kadının insan haklarının güçlendirilmesi konusunda yasal düzenlemeler tamamlanmıştır. Bu düzenlemeler ile kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda önemli adımlar atılmıştır. Ancak, kadına yönelik şiddetle mücadelede yasal düzenlemeler kadar bu düzenlemelerin etkin şekilde uygulanması da çok önemlidir. Mağdura ve şiddet uygulayana yönelik koruma, tedavi, rehabilitasyon hizmetleri sunulması ile konu hakkında toplumsal farkındalık ve duyarlılığın artırılması da büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede, sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet mağduruna ve şiddet uygulayan bireye yönelik tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu ve bu alanda uzmanlaşmış personelin görev yaptığı özel birimlerin oluşturulması şiddetle mücadelede büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının da bir sağlık sorunu olarak kadına yönelik şiddeti dikkate almaları ve rehberlik yapmalarının sağlanması gerekmektedir (1,2).

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birimdeki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir. Bu nedenle şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin, polis ve adli personelin şiddetin ne olduğu, nelerin şiddet sayılacağı, şiddete maruz kalana yaklaşım ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerekir (1,3).

Sağlık çalışanları tarafından kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanması, tedavisi, destek ve rehabilitasyonu sağlanmalıdır. Toplumda şiddetin azaltılmasında, önleme, koruma ve erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları, etik olarak aile içi şiddet

mağdurunu tanımalıdır ve mesleki tanı kodları doğrultusunda kayıt altına alabilmelidirler. Suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede mağduru cesaretlendirmeli, mahremiyetini ve güvenliğini sağlamalıdır. Uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidirler (1,4).

Aile hekimleri ailedeki şiddeti keşfetmede, karşı durmada ve önlemede çok önemli bir role sahiptir, şiddetin işaretlerini keşfetmede ilk basamaktır. Şüphelerini uygun birimlere bildirerek, toplumsal ve yasal sistemleri harekete geçirir ve kriz zamanında risk altındaki aile üyesinin güvenliğini sağlamaya çalışırlar (5,6). Şiddet gören kadın, akut yaralanmaların tedavi edilmesinden çok, şiddetin etkileri konusunda aile hekiminden bir çözüm bekler. Kişiyi bir bütün olarak ele alan, aile yönelimli sağlık hizmetlerinin sürekli sunumundan sorumlu olan aile hekimi, şiddet kurbanına yardım edebilecek ideal kişidir. Etkili müdahale için kabul, işbirliği ve izlem gereklidir (5,7).

Aile içi şiddeti araştırmak için bir standart yoktur. Bu güne kadar aile içi şiddetle ilişkili olarak birinci basamakta yapılan araştırmaların çoğunda polikliniğe başvuran hastalara yönelik anket yöntemi kullanılmıştır. Hekimlere yönelik yapılan araştırmalar da yine sağlıkta şiddet başlıkları ile doğrusal olarak sağlık çalışanlarının şiddete uğrama biçim, oran ve bakış açılarına yöneliktir. Bu çalışma ise şiddete uğrayan kadınla / kadınlarla karşılaşan hekim, ebe ve hemşirelerin şiddeti tanımaları ve sonrasındaki süreçte ne yaptıkları ya da yapabileceklerini saptamaya yönelik olarak planlanmıştır.

Çalışmamızın amacı;

1. Denizli merkezde yer alan ASM'lerde görevli tüm hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini ne kadar tanıyabildiklerinin belirlenmesidir.
2. Hekim, ebe ve hemşirelerin;
 - a) Kadına yönelik aile içi şiddete uğradığı için başvuran kadın hastayı bildirme konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

- b) Herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyup şiddet tanısını koyduktan sonra kadın hastayı bildirme konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.
- 3- Şiddet tanısı koymasına rağmen, bildirimde bulunmayan hekim, ebe ve hemşirelerin neden bildirimde bulunmadıklarının araştırılmasıdır.

Bizim çalışmamızda ki hipotezlerimiz;

- Hekim, ebe ve hemşireler KYAİŞ' in belirtilerini yeteri kadar tanıyamıyorlar.
- Hekim, ebe ve hemşireler KYAİŞ tanısını koyduktan sonra yeteri kadar bildirimde bulunmuyorlar.
- Hekimlerin ASE' larına göre TÖP' ları daha yüksektir. Çünkü şiddetin belirtilerini daha iyi bilirler.
- Hekimler ASE' larına göre AİŞ' i daha kolay tanırlar ve AİŞ' den daha kolay şüphelenebilirler.
- Hekimlerin ASE' larına göre AİŞ' i bildirme oranları daha yüksektir. Çünkü her iki grupta bildirmekle yükümlü olsa da adli rapor hazırlama görevi hekimlerindir.
- Kadın hekimler, AİŞ' i daha iyi tanırlar, dolayısıyla TÖP' ları daha yüksektir.
- Duygusal alt ölçek puanı kadın hekimlerde, erkek hekimlerden yüksektir. Çünkü duygusal belirtileri kadın hekimler daha iyi tanırlar.
- Kadın hekimler, AİŞ' i daha çok bildirirler. Çünkü KYAİŞ' konusunda daha duyarlıdır.
- Hekim, ebe ve hemşirelerden nüfusu az olanların iş yükü dah az olacağı için daha çok bildirimde bulunurlar.
- Hekim, ebe ve hemşirelerden birinci basamakta çalışma süresi daha uzun olanlar daha çok tecrübeye sahip olduğu için, AİŞ' i daha iyi tanırlar, şüphelenir ve bildirimde bulunurlar.
- Hekim, ebe ve hemşirelerden çocuk sahibi olanlar bildirim konusunda daha duyarlıdır.

GENEL BİLGİLER

Aile içi şiddet, insan haklarının ihlal edilmesi bağlamında küresel bir sorun olmanın yanı sıra aile bireylerini, aile dinamiklerini ve dolayısıyla toplum sağlığını ve yaşam kalitesini tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur (10). Kız çocuklarının öldürülmesi ve kasıtlı ihmali; “namus” adı altında öldürülme; zorla evlendirilme ya da resmi nikâhsız yaşamaya zorlama, kaçırılma ve başlık parası gibi toplum normlarına göre çeşitli ülkelerde farklılık gösteren şiddet olgusu aile bireylerinin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (11). Davranışa ve eyleme dönüştüğü zaman şiddet; şiddeti uygulayan, şiddete maruz kalan ve şiddete tanık olan aile bireylerinin önce sağlık durumunu bozmaktadır. Kalıcı yaralanmaya, kronik ağrıya, fiziksel engele, alkol ve madde bağımlılığına kadar çok sayıda hastalık riskini arttıran bir travma sürecine dönüşen aile içi şiddet, aile yaşamına zarar vermekte ve hatta ölüme neden olabilmektedir.

Ulusal ve uluslararası verilerde de belirtildiği gibi aile içinde kadınlar ve kız çocukları, genel olarak yetersiz fiziksel ve duygusal ilgi nedeni ile *ihmale*; anlayış, sevgi ve sempati göremedikleri için *duygusal ve psikolojik şiddete* maruz kalmaktadır. Ek olarak tehdit, aşağılama, küçümseme, sindirme, bezdirme gibi *sözlü şiddete* uğramaktadırlar. Yine itip kakma, tokatlama, yaralama, dövme, yakma vb. biçimlerde *fiziksel şiddete* ve fiziksel ve psikolojik şiddetin bir üst boyutu olan ensest, tecavüz ve fahişeliğe zorlama gibi çeşitli boyutlarda *cinsel şiddete de* maruz kalmaktadırlar (12). Nitekim Birleşmiş Milletler’ in 2011 yılındaki 86 ülkeyi kapsayan araştırma sonuçlarına göre, kadınların %70’i fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmıştır (13).

Ülkemizde aile içi şiddet konusunda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, bu konuyla ilgili yapılmış en kapsamlı çalışma “Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması”dır (14). Bu araştırma Türkiye’nin 12 bölgesindeki kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların aile içinde yaşamış oldukları şiddete ilişkin bilgi veren geniş çaplı bir örneklem üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya göre Türkiye’de kadınların, eşleri ya da birlikte oldukları kişiler tarafından en çok fiziksel şiddete maruz

kaldıkları ve kadınlar arasında yaralanma oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kadınların gerek fiziksel gerekse ruh sağlığı üzerinde şiddetin doğrudan ve dolaylı olumsuz etkileri olduğu; kadınların şiddet yaşamaları ile bazı fiziksel ve ruhsal sorunlar arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ya da cinsel şiddet yaşamış olan kadınlar arasında yaşamının herhangi bir döneminde intiharı düşünmüş olan kadınların oranının ise şiddet yaşamamış kadınların oranının 3 katı olduğu bulunmuştur (14).

1. BİR “SAĞLIK SORUNU” OLARAK AİLE İÇİ ŞİDDET

Yapılan araştırmalarda da belirtildiği gibi kadınlar aile içinde itip-kakma, bir şeyi zorla yaptırma, tokatlama, yumruklama, fiziksel olarak zarar verme, tehdit etme, evdeki cisimleri fırlatma, kişiyi gizli takibe alma, kesici aletlerle yaralama gibi fiziksel şiddet içeren davranışlara maruz kalmaktadırlar (11, 15-17). Bu tür şiddete maruz kalan aile bireylerinin vücutlarında sıyrık, yara, morarma, yanık, ısırık, kemikte kırık-çıkık-çatlaklık, baş, göz ve kulakta yaralanma ve darp izleri gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır (15, 16). Bununla birlikte aile bireylerinin kendilerini hasta hissetmeleri ya da fizyolojik hastalık riski de artmaktadır (18). Şiddet, şiddete uğrayan aile bireyleri ve çocuklar üzerinde kısa ya da uzun süreli fiziksel, mental, cinsel ve üreme sağlığı problemlerine neden olabilmektedir. Nitekim şiddete uğrayan bireylerde aşırı alkol tüketilmesi, uyku ve yeme bozuklukları, anksiyete, intihar girişimi, istenmeyen gebelikler ve düşükler, cinsel ilişkiye zorlamaya bağlı olarak korunmasız cinsel ilişki sonrasında oluşan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar görülebilmektedir (11). Ayrıca şiddete maruz kalan kadınların ve çocukların, şiddet ortamında psikolojik ve davranış problemlerini daha fazla yaşadıkları bilinmektedir. Yukarıda da açıklandığı gibi şiddetin aile bireylerinin sağlığı üzerinde ölümcül olmayan (fiziksel sorunlar, gastrointestinal bozukluklar, depresyon, kırıklar, vb.) sonuçlar görülebilir. Bazen de şiddetin en ağır bedeli olan ölümcül sonuçlar görülebilmektedir (18). Şiddet uygulayan, şiddete maruz kalan ve şiddete tanık olan aile bireyleri (özellikle çocuklar) çoğu kez cinayet ya da intihar girişimlerinde bulunabilmektedirler (11, 17).

Şiddetin ölümcül olmayan ya da ölümcül sonuçları sadece aile bireylerini değil, aile bireylerinin yakın ve uzak çevreleri ile kurdukları ilişki ve etkileşimin kalitesini de etkilemektedir. Hatta çoğu zaman şiddete maruz kalan ve şiddete tanık olan aile bireyleri yaşamdan hoşnut olmamakta, toplumdan izole bir yaşam sürdürmekte ya da yaşadıkları yerden başka bir yere göç etmek durumunda kalabilmektedirler.

2. ŞİDDET KAVRAMI

Yaşamımızın hemen hemen her alanında karşımıza çıkan şiddet, çığ gibi giderek büyüyen ve önüne geçilemeyen bir şekilde birçoğumuzun hayatını, fiziksel ve ruhsal sağlığını, huzurunu ve mutluluğunu etkileyen gizli bir tehlike olarak varlığını sürdürmeye devam ediyor. Yılda 1,6 milyondan fazla sayıda insan şiddet yüzünden hayatını kaybetmektedir ve bu da sorunun boyutunu göstermektedir (19). Şiddetin bu denli yaygın olması ne yazık ki yaşamın aslında kaçınılmaz bir parçasıymış gibi sessiz bir kabulü de beraberinde getirmektedir. Şiddeti bu denli görmezden gelmenin önemli sebeplerinden biri aslında ‘şiddet’ kavramının, şiddet probleminin ne olduğuna ilişkin zihinlerde net bir tanımının olmamasıdır.

3. ŞİDDET NEDİR?

Şiddet’in tanımı onu tanımlayan kişiler ve bu kişilerin amaçları doğrultusunda farklılıklar gösterse de Dünya Sağlık Örgütü “şiddet” i şu şekilde tanımlamaktadır: *“kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan kasıtlı güç kullanımı tehdididir”* (19).

Daha genel bir tanım yapmak gerekirse şiddet bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan davranış veya yaklaşımdır (20, 21).

4. ŞİDDETİN TÜRLERİ

4.1. Psikolojik Şiddet

Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir (22). Psikolojik (*duygusal*) şiddet, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin, şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığını hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür. Ayrımcılık yapmak, küçük düşürmek, manevi baskıda bulunmak, görmezlikten gelmek psikolojik (*duygusal*) şiddet davranışlarına örnek olarak sayılabilir (22).

Duygusal şiddet psikolojik temellere dayanan ve güç ilişkisinden kaynaklanan bir durumdur. Daha çok duygusal sınırlamaları, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey üzerinde (*ya da grup üzerinde*) görünmez “kontrol” mekanizmaları kurmayı içermektedir.

Hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yaşam boyunca süreklilik kazanmakta, yine çocuklar üzerinden bir davranış biçiminde bir nesilden diğerine aktarılmaktadır. Öyle ki; şiddete maruz kalan birey bu durumu içselleştirmekte, hatta durumu “*normal*”, “*kendi suçu*” şeklinde algılamakta, yakınmamakta ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda ise yardım talebinde bulunsa bile duygusal şiddeti “*normal*” gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır (23).

4.2. Fiziksel Şiddet

Doğrudan temasla, bir eşya, araç ve hayvan ile ya da fiziksel üstünlüğün kullanılması ile korkutucu, tehdit edici bir beden dili, yüksek ses tonu ve tahakküm edici jest ve mimiklerle sergilenen her tür tutum ve davranış fiziksel şiddettir. Tokat, yumruk, tekme, itme, sertçe tutup sarsma, bağırma, sıkıştırma, bir yere kilitleme, tehlikeli bir yerde yalnız bırakma, korktuğu bir şeyle baş başa bırakma, yaralayıcı, kesici, delici bir alet ya da silahla tehdit etme ya da zarar verme en yaygın fiziksel şiddet örnekleri arasındadır (24).

Toplumda yaşanan şiddet olayları cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmaktadır. Ancak genel olarak fiziksel şiddet “*güçlü konumda olandan*” “*güçsüze*” yönelik olmaktadır. Örneğin, ailede şiddet daha çok erkekten kadına, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır (25).

Toplumda yaşanan şiddet olaylarının bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmasının, eğitilmiş, kültürlü, önemli mesleki statü kazanmış kısaca sosyal ve kültürel açıdan belirli bir düzeye ulaşmış bireylerin şiddetin mağduru veya aktörü olmayacağı anlamına gelmediği de unutulmamalıdır (25).

4.3.Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet; çocuğa, gence, kadına ve diğer bireylere yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırdır. Telefonla, mektupla ya da sözlü cinsel içerikli tacizlerde bulunmak, sarkıntılıkta bulunma, sıkıştırma, istenmeyen yer ve zamanda cinsel ilişkiye zorlamak, istenmeyen şekilde cinsel ilişki kurmak, başka insanlarla cinsel ilişkiye zorlamak, ensest, fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, çocuk doğurmaya ya da doğurmamaya zorlamak, kürtaja zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, kadınlığa laf söylemek, namus gerekçesiyle öldürmek ya da öldürmeye zorlamak, cinsel şiddete örnek olarak sayılabilir. Cinsel şiddet eylemlerinin önemli bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddeti de içermektedir (25,26).

Cinsel şiddetin sonuçları; ölümcül olmayan sonuçlar (*istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik sorunlar, kendine zarar veren davranışlar, düşükler, baş ağrısı*), psikolojik sonuçlar (*depresyon, korku, kaygı, kendine güvensizlik, cinsel bozukluklar, yeme sorunu*) ve ölümcül sonuçlar (*intihar, öldürme, HIV/AIDS*) olarak üç grupta toplanabilir (27).

4.4.Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların ve paranın birey üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (28).

Yüksek enflasyon oranlarının, işsizlik düzeyi ve yetersiz sosyal güvenlik olanaklarının bir çeşit ekonomik şiddet olarak değerlendirilmesi mümkündür. Çok düşük düzeydeki ücretler ve kronik enflasyon, insanca yaşamı tehdit eder (25). Bu durum insanları daha sorunlu ve gerilimli yaptığı için, olağan şiddete de katalizör etkisi yapar ve saldırgan davranışları artırır (28).

Ekonomik şiddetin mağduru insanlar yoksul, yoksun veya engellenmiş bireylerdir ve fiziksel şiddet uygulamaya eğilimlidir. Birey, ekonomik olarak beslenme ve barınma gibi temel fiziki ihtiyaçlarını dahi karşılayamaz bir durumda ise şiddet ve saldırgan davranışlar artmakta ve şiddet en olası çözüm yöntemi olmaktadır (25).

5. BAZI ÖZEL ŞİDDET TÜRLERİ

5.1. Aile İçi Şiddet

İnsanlık tarihi boyunca var olduğu düşünülen aile içi şiddet; sağlığı tehdit eden, bozan durumlar içinde en önemlilerinden biri olup, içinde yaşadığımız yüzyılda üzerinde en çok durulan toplumsal sorunlardan biridir (29).

Aile içinde yaşanan şiddet geniş bir tanımlamayla bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan fiziksel veya herhangi bir şekilde hareket, davranım veya muamele olarak ele alınabilir (30). Aile içi şiddet, istismar ve ihmal olarak da iki alt gruba ayrılmaktadır. İstismarda şiddeti uygulayan kişi aktif bir tutum içerisinde (29). İhmalde ise, şiddet uygulayan kişi, daha çok pasif bir tutum içerisinde (30). “*Herkesi Sağlık Türkiye Hedefleri’ne*” göre 2020 yılında aile içi, cinsiyetle ilgili ve organize şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerin en az %25 azaltılması planlanmıştır (31). Günümüzde aile içi şiddet, ailede etkilenen kişiye bağlı olarak eşler arası, çocuğa yönelik ve yaşlıya yönelik şiddet olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (30).

5.1.1. Kadına Yönelik Şiddet

Birleşmiş Milletler Kadınlara yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi, kadınlara yönelik şiddeti; “*ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ızdırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir*

eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” şeklinde tanımlamaktadır. Bildirge ayrıca kadına yönelik şiddetin “kadının erkek tarafından ezilmesine ve ayrımcılığa yol açan, kadın ile erkek arasındaki eşit olmayan tarihsel güç ilişkilerinin bir göstergesi” ve “kadına yönelik şiddetin kadını, erkekleriyle karşılaştırıldığında daha alt bir statüye indirgeyen sosyal mekanizmaların en önemlilerinden birisi” olduğunu belirtmektedir (27).

Kadına yönelik şiddet oldukça gündemde olan bir konu olup, bu konudaki örneklerin medyada sıklıkla karşımıza çıktığını görebilmekteyiz. Kadına yönelik şiddet kadınlarda travmatik arızalara, cinsel yolla bulaşan hastalıklara, depresyona, intihara, anksiyeteye, madde bağımlılığı gibi sorunlara neden olabilmektedir. Şiddet sonucu kadınların genel sağlık durumu kötüleşmekte, yaşam kaliteleri düşmekte ve sağlık hizmeti kullanma oranları artmaktadır (28).

DSÖ’ nün 2013 verilerine göre dünyada kadınların %35’ i eşi veya partneri tarafından cinsel veya fiziksel şiddete uğramaktadır. DSÖ’ nün 11 ülkede 24.000 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %13-61’ inin fiziksel, %6-59’ unun cinsel, %15-71’ inin hem fiziksel hem de cinsel, %20-75’ inin ise duygusal şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye’ de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ise, ülkemizde kadınların %39’ u fiziksel, %15’ i cinsel ve %44’ ü duygusal şiddete maruz kalmaktadır (32). Dünyada milyonlarca kadının şiddete maruz kaldığı bilinmekte, ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli kalmaktadır (33). Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, şiddet kullanımı toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın şiddet olarak algılanıp tanımlanması da güç olmaktadır (34, 35).

Kadına yönelik aile içi şiddetin ortaya çıkışını etkileyen faktörler; bireysel faktörler, ilişki faktörleri, yakın çevreye ilişkin faktörler ve toplumsal faktörler olarak dört temel yapıda açıklanmıştır. Bireysel faktörler arasında; eşlerin erken yaşta evlenmeleri, depresyon ya da kişilik bozuklukları, düşük gelire sahip olmaları ve çocukken şiddete maruz kalmaları ya da tanık olmaları, ilişki faktörleri arasında;

evlilikte çatışma, ailede erkek hâkimiyetinin baskın olması, ailenin koruma ve destekleme işlevini yerine getirememesi, yakın çevreye ilişkin faktörler arasında ise; yakın çevrenin şiddeti olağan sayarak desteklemesi ve aile içi şiddete karşı yakın çevrenin yaptırımlarının yetersiz olması, toplumsal faktörler bağlamında ise; geleneksel toplumsal cinsiyet normları ve şiddeti destekleyen sosyal normlar olarak ifade edilmektedir (36).

5.1.2.Çocuğa Yönelik Şiddet (Çocuk İstismarı)

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur (37, 38). DSÖ bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (39). Çocuk istismarı ihmal, fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak dört ana grupta sınıflandırılmaktadır (38).

Kempe (40, 41) 1962 yılında ilk kez hırpalanmış çocuk “*battered child*” terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı “*child abuse*” terimine bırakmıştır. Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişmeye kuşkusuz 1989’ da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen “Çocuk Hakları Sözleşmesi” dir (39). Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (42). Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığı o kadar fazladır, 12 yaşından sonra belirgin bir şekilde istismar oranı azalmaktadır (39). Son yıllarda istismar ve ihmale uğrayan çocuk sayısı ve/veya bildirilen vaka oranında artış gözlenmektedir (43). Kız çocuklar istismarla erkeklerden biraz daha fazla karşılaşmaktadırlar (%52’ ye %48). Cinsel istismar dışında fail %77 olasılıkla aile, %11 olasılıkla diğer akrabalar, %5 bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2 ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişiler arasından saptanmıştır (40). Cinsel istismar vakalarında da istismarın yüksek oranda aile bireyleri veya akrabalar tarafından yapıldığı bilinmektedir. Faillerin çoğu 20-40 yaşlarında erkeklerdir (39).

İstismara bağılı ölüm nedenleri sıklık sırasıyla süt çocuklarında sarsılmış bebek sendromu, künt travma ve boğulma, 1-4 yaş arasında künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve ihmal, dört yaş üzerindeki çocuklarda ise künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve zehirlenmelerdir (44).

Kadınlar genellikle çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olduğundan, istismardan erkeklere göre daha fazla sorumludur. Ancak baba da evdeyse, özellikle de işsizse bu istatistik tersine dönmektedir. İstismarcı anne-babalar genellikle kendi kişisel memnuniyetini çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir alet yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularını kontrol edemeyen kişilik yapısındadır (39). Çocuk anne-babasının beklentilerini kaçınılmaz olarak karşılayamadığında anne-baba bunu ihanet olarak algılar ve kızar, sık sık çocuğu cezalandırma yöntemine başvurmaya başlar (40). Anne-babalarda ilaç veya alkol bağımlılığı ile psikotik sorunların varlığı istismar riskini artırmaktadır. İstenmeyen gebeliklerden doğan, gayrimeşru, anne-babanın istediği cinsten olmayan, kriz dönemlerinde doğan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar istismara açıktır. Bu çocuklarda sıklıkla kötü beslenme, huysuzluk, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hiperaktivite, davranış bozuklukları, mental veya fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar gibi başka sorunlar da eşlik eder. Konjenital anomali, prematürite, ikiz eşi olmak veya annenin sorunlarına bağılı olarak erken dönemde anne-bebek ayrılığı öyküsü, dolayısıyla da anne-bebek bağıının iyi kurulamamış olmasına sık rastlanır. İstismarın sık yaşandığı dönemler, sıklıkla anne-babanın başa çıkma mekanizmalarının tükendiği kriz yaratan durumlar tarafından tetiklenir. Çocuk istismarının sosyo-ekonomik açıdan avantajsız kabul edilen gruplardan çıkma olasılığı daha fazladır. Bunlar arasında ilk akla gelenler maddi sorunlar, işsizlik, ailevi tartışmalar, hastalıklar ve anne-babadan birinin olmayışıdır (39).

Eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların kendi çocuklarına daha ağır cezalar verdikleri ve kötü muamelede buldukları saptanmıştır. Ailede yaşanan olaylardan erkek çocuklar, erkeklerin kadınlara istedikleri gibi davranmaya hakları olduğu, kız çocuklar ise kadınların istismarcı davranışlara katlanmaları gerektiğini düşünür (39). Ev içi şiddetle karşılaşan çocuklarda davranış bozuklukları, gelişmede

gecikme sık görülmektedir ve bu çocukların geleceğın istismarcıları olma olasılığı daha fazladır (45).

5.1.3. Yaşlıya Yönelik Şiddet (Yaşlı İstismarı)

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir (46). Bizler yeteneklerimizle doğmayıp, bunları yaşla birlikte elde ederiz, dolayısıyla eğer yeterince uzun yaşarsak bunların çoğunu yeniden kaybederiz (47). Yaşlılık dönemi bireyin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir (48).

DSÖ' nün 1998 yılı “Dünya Sağlık Raporu” nda yaşlanma, özürllüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma şeklinde tanımlanmaktadır (30). Her toplumda, her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülebilen istismar sadece aile içinde veya genel nüfusta değil, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülen fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıya zarar verme ve ondan faydalanma şeklinde kendini gösteren ciddi toplumsal bir sorundur (48).

“Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu” ve DSÖ Toronto Deklarasyonuna göre yaşlı istismarı, güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış veya belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması şeklinde de tanımlanabilmektedir (49).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (*aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar*), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılamaması durumudur (50, 51). Ayrıca yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (52). Son 30-40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması,

beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını düşürmüştür. Bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (49). Dünya' nın 1995' te 542 milyon olan 60 yaş ve üzerindeki nüfusunun 2025 yılına kadar yaklaşık 1,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (50). Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde 1998-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfusunun %240 oranında artacağı beklenmektedir. Ülkemizde 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun %4,2' sini, 2003 yılında ise %7' sini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur. Doğumdan beklenen yaşam umudu geçtiğimiz yarım yüzyılın ortalarında 50 yıl iken giderek artarak 70-75 yıla ulaşmıştır (49).

Bu demografik değişimin etkileri her toplumda farklı sorunlarla kendini göstermektedir. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler, tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket, geniş haneleri çekirdek aileler halinde bölünmeye zorlamaktadır. Geniş aile kurumundan çözülmeye, çekirdek aileye dönüşmeye yol açan sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi biçimler şeklinde kendini göstermekte; bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunlarını yaratmaktadır (49).

Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik güçlükler yaşlı bireyin evde veya kurumda bakımında, bakım ilişkisinin yeterince desteklenemediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir (53-55).

5.2. Okulda Şiddet

Öğrenim çağındaki bir bireyin en fazla zamanını geçirdiği ortamlardan biri, belki de birincisi okuldur. İyi ve mutlu bir toplum yaratmak için oluşturulan, eğitim ve öğretim etkinliklerinin gerçekleştirildiği yer olan okul, ergenlere çok yönlü sosyal destek sağlar ve onları toplumdan alır, yetiştirerek geleceğe hazırlar, tekrar topluma sunar. Okulun basitleştirme, denge kurma ve temizleme olmak üzere üç temel işlevi vardır (56). Okulun basitleştirme işlevi; karmaşık bilgileri basitleştirmek, denge kurma

işlevi; bireyi topluluktan toplum yaşamına ulaştırmak, temizleme işlevi; mevcut çevrede var olan işe yaramaz ve zararlı özellikleri olanaklar ölçüsünde ortadan kaldırarak temiz bir çevre hazırlamaktır (57). Okulun bu işlevlerine rağmen okullarda istenmeyen öğrenci davranışları görülebilmektedir. Herhangi bir davranışın istenen bir davranış mı, yoksa istenmeyen bir davranış mı olduğu; davranışta bulunan kişinin, davranışın yöneltildiği kişinin ve davranışın olduğu ortamın özelliklerine bağlıdır (56). Bununla birlikte, okuldaki eğitsel çabaları engelleyen her türlü davranış istenmeyen davranış olarak ifade edilmektedir (58). İstenmeyen davranışlar yıkıcı olmayandan yıkıcı olana kadar geniş bir davranış dağılımını kapsamaktadır (56). Saldırganlık ve şiddet içeren öğrenci davranışları da okullarda bu davranışlar kapsamında yer almaktadır (59). Okullarda saldırganlık ve şiddetin görüntüsü, bir öğrencinin bir kişiye (öğrenci, öğretmen, yönetici gibi) küfür etmesinden, fiziksel zarar vererek sözlü tehdit bulunmaya, okul koridorunda iterek düşürmeye, kavga etmeye, silahla bir başka kişiyi tehdit etmeye, tecavüz etmeye/tecavüze teşebbüse, bıçakla yaralamaya veya öldürmeye ya da uyuşturucu/alkol alarak okula gelmeye kadar uzanan farklı biçimler de görülebilmektedir (60).

Ülkemizde yapılan araştırmalar, okullarda saldırganlık ve şiddet olaylarının dikkat çekici oranda olduğunu ortaya koymaktadır (61- 64). Gencin veya çocuğun saldırganlık ve şiddet davranışı gösterme ihtimalini arttıran risk faktörleri toplumsal (*yoksulluk gibi*), ailesel (*olumsuz ebeveyn modeli gibi*), okulla ilgili (*düşük öğrenci katılımı, sosyal aktivitelerin yetersizliği, adaletsiz uygulamalar ve öğretmen tutumları gibi*) ve bireysel faktörler (*gelişimsel zorluklar, antisosyal davranışlar, akademik başarısızlık, okula uyum sağlayamama gibi*) olmak üzere dört grupta özetlenebilir (66).

Okul da öğrencilerin saldırgan ve şiddet davranışlarını artıran risk faktörlerine sahip olabilir. Okulun fiziksel yetersizlikleri, personel ve öğrenciler arasındaki ilişkilerdeki yetersizlik, öğrenci mevcudunun fazlalığı, katı kurallar, sıkı disiplin, program seçeneklerinin sınırlı olması, adaletsiz uygulamalar ve öğrenci özgürlüğünün sınırlandırılması ile okullardaki şiddet olayları arasında yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Olumlu okul davranışları ile okul özellikleri arasında da anlamlı bir ilişki

vardır. Bu özellikler; etkili sınıf yönetimi, açık ve net okul kuralları ve okul değerlerinin sürekliliğidir (56).

5.3. İşyerinde Şiddet (*Mobbing*)

İşyeri ve çalışma koşulları ile yakından ilişkili olan işyeri şiddetinin, küresel ölçekte yaygın bir sorun olduğu kabul edilmektedir. İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (65).

İşyerinde psikolojik yıldırma (*mobbing*), çalışma yaşamının var oluşundan bu yana yaşanan, ancak insan doğasının gereğinden ötürü açığa çıkarmaktan kaçınılan, adeta bilinmezden gelinen karmaşık, çok boyutlu ve çok disiplinli bir kavramdır. *Mobbing* kavramı son on yıldır akademik olarak birçok boyutuyla incelenen bir konudur (66).

Başlangıçta işyerinde var olan rekabetten kaynaklanan psikolojik baskılarla ortaya çıktığı düşünülen, ancak varlığı ve boyutunun önemi daha önce fark edilmeyen ve özellikle istifa ederek işyerlerinden ayrılan çalışanlar arasında sık görülen bu olguya, “*mobbing*” (*işyerinde psikolojik taciz*) adı verilmektedir.

Mobbing, işyerinde diğer çalışanlar veya işverenler tarafından tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan, bir çeşit psikolojik terördür (67). Kavram, çalışanlara üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından sistematik biçimde uygulanan her tür kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama gibi davranışları ifade eden anlamlar içermektedir (67).

Kavramın terminolojisine baktığımızda “*mobbing*”, yuvalarını korumak için saldırganın etrafında uçan kuşların davranışlarını betimlemek amacıyla ilk kez 19. yüzyılda biyologlar tarafından kullanılan İngilizce bir terimdir (66). Kavramın daha sonra 1960’ larda, hayvan davranışlarını inceleyen sosyal psikolog *Lorenz* tarafından, küçük hayvan gruplarının daha güçlü ve yalnız bir hayvana toplu şekilde hücum ederek

uzaklaştırması; ya da aynı kuluçkadan çıkan kuşlar arasında yaşanan ve diğer kuşların, aralarındaki en zayıf kuşu yiyecek ve sudan uzak tutarak dışlaması, iyice güçsüz bir hale getirmesi ve en sonunda da fiziksel saldırılarla öldürerek grubun dışına atması durumunu ifade etmek amacıyla kullanıldığı görülmektedir (67).

İş yaşamında ise *mobbing* kavramı ilk kez, 80'li yıllarda İsveç'te yaşayan Alman çalışma psikologu *Leymann* tarafından, belli bir işyerinde çalışanlar arasında benzer tipte, uzun dönemli, düşmanca ve saldırgan davranışların varlığına dair yaptığı saptamaların sonucunda kullanılmıştır. İşyerinde psikolojik şiddet anlamına gelen "*mobbing*" kavramı, çalışma psikolojisi alanında yapılan araştırmalarda, çalışanların birbirlerini rahatsız ve huzursuz edici davranışlarla taciz etmeleri, birbirlerine kötü davranmaları; kısaca, kişilerarası psikolojik şiddet uygulamaları anlamında kullanılmaktadır. İşyerinde psikolojik şiddet, örgüt içinde gerilimin ve çatışmalı bir iklimin oluşmasına neden olan tüm psikolojik faktörlerin birleşimi sonucunda ortaya çıkan, örgüt sağlığını bozan, çalışanların iş doyumunu ve çalışma başarısını olumsuz yönde etkileyen temel bir örgütsel sorundur. Bu durum uzun bir süre devam ettiği takdirde bireyin, örgüt ve çalışma yaşamının dışına itilmesi kaçınılmazdır (67).

2001' de İngiltere'de *Griffith* Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada, işyerlerinde yaşanan psikolojik şiddet olaylarının, ulusal ekonomiye yıllık toplam maliyetinin 17-36 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (65). Avrupa Birliği ülkelerinin birçoğu işyerinde uygulanan psikolojik tacizle mücadele için düzenleyici önlemler almış olup, ortak bir anlaşma üzerinde çalışmaktadırlar (67).

5.4. Kişinin Kendisine Yönelik Şiddet (İntihar)

İntihar; kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. Kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. DSÖ' nün verilerine göre dünyada yılda 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Bu nedenle bu durum bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilir (68).

Ülkemizde 2013 yılı istatistiklerine göre erkeklerde intihar hızı 6,08 / 100.000, kadınlarda 2,30 / 100.000, genelde 4,19 / 100.000 olarak bulunmuştur. İntihar hızının en

yüksek olduğu yaş grubu, erkeklerde yüz binde 14,63 ile “75 ve üzeri” yaş grubu, kadınlarda ise yüz binde 5,52 ile “15-19” yaş grubu olmuştur (69).

Kişinin kendi yaşamını kendi eliyle sonlandırma isteğinin altında yatan süreçler karmaşıktır ve biyolojik, psikolojik, toplumsal birçok etmenin birlikte rol oynamasıyla harekete geçmektedir. İnsanları, kendini öldürmeye iten en önemli nedenlerin başında psikiyatrik rahatsızlıklar gelmektedir (70).

Travmatik yaşam olayları psikiyatrik rahatsızlıkların görünürdeki en önemli nedenlerindedir. Travmatik yaşam olayları kişinin anne-babasından, sevgilisinden, eşinden, arkadaşından ayrılması, doğup büyüdüğü yerlerden ayrılması veya koparılması, bedensel herhangi bir hastalığa yakalanması, savaş-işkence-cinsel taciz ve tecavüz gibi şiddet olaylarını yaşaması, depresyon, sel, toprak kayması, yangın gibi doğal felaketler yaşaması, ekonomik kayıplar, mesleki, akademik ve ticari başarısızlık gibi durumları kapsamaktadır (70). Hasta olmayanlarla karşılaştırıldığında, bu tür olayların psikiyatri hastalarının başlarına gelme oranı daha yüksektir. Travmatik yaşam olayları kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirmektedir (70).

6.KYAİŞ’ DE BİRİNCİL, İKİNCİL, ÜÇÜNCÜL KORUMA

6.1.Primordial korunma:

Kadına yönelik şiddet sadece sağlık personelinin üstesinden gelebileceği bir sorun değildir. Kaldı ki sağlık personeli daha çok şiddet yaşandıktan sonra şiddetin sağlık sonuçları aşamasında haberdar olmaktadır. Bu yüzden kadına yönelik şiddet başta yasalar olmak üzere gerekli düzenlemelerle önlenmeye çalışılmalıdır. Yasalara ek bu düzenlemelerin uygulamaya geçirilmesi için gereken mekanizmalar kurulmalı ve ilgili sektörlerin işbirliği içinde çalışması gerekmektedir.

6.2.Birincil koruma:

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi böyle bir sorunun varlığının farkındalığı ile başlar. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde kadın kadar erkeğin de katılımı sağlanmalıdır. Sağlık çalışanları kadınlara sahip oldukları hakları, var olan kanunları ve nasıl hizmet alınabileceğine dair bilgileri aktaracak konumdadır.

- Aile hekimi AİŞ' e maruz kalma konusunda risk altında olan kadınları öngörebilir ve gereken önlemleri sunabilmelidir.
- Aile hekimi, hastalarını ailenin yaşam döngüsünün her evresinde görür.
- Bu durum, onlara şiddetin kuşaklar arası ve döngüsel doğasına müdahale etme şansı verir.

6.3.İkincil Koruma:

Erken tanı ikincil korumanın en önemli unsurudur.

- İlk başvuru noktasında kilit nokta olan Aile hekimi, AİŞ ile gelen kadın hastasına erken tanı koyarak müdahale kapısını açabilmelidir. Şiddete bağlı gelişebilecek komplikasyonların gelişmesini ve şiddetin tekrarlanma olasılığını böylece azaltabilir. Başvuran kadın hastanın belirtilerinin şiddet olduğu düşünüldüğünde amaca yönelik sorular sorularak şiddet/ istismar ortaya çıkartılmalıdır.
- Şüphelerini/ tespitlerini uygun birimlere bildirerek, toplumsal ve yasal sistemleri harekete geçirmelidir.

6.4.Üçüncül Koruma: AİŞ' te üçüncül koruma geniş kapsamlıdır. Koruma, kriz zamanında risk altındaki aile üyesinin güvenliğini sağlamaya çalışmakla başlar. Bunun yanısıra;

- Şiddetin derecesine göre, tedavi seçenekleri ve yönlendirileceği kurumlar değişmektedir (cerrahi, psikiyatri, ortopedi, cildiye, vb.).
- Şiddeti uygulayandan uzaklaştırılıp, kalabileceği yer ayarlanması.
- Kendisi ve çocukları için iş ve okul imkanı ve maddi destek sağlanması.
- Ve gereken durumlarda diğer kuruluşlarla (adliye, sosyal hizmetler, stk' lar) işbirliği yapabilmeyi ya da danışmanlık vermeyi kapsar.

7. AİLE HEKİMİ KYAİŞ' E YAKLAŞIMDA NELER YAPABİLİR

Türkiye' de birinci basamakta çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının iş yükümlülükleri çok fazladır. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla yükümlüdür. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği

madde 4-7' de aile hekiminin görevleri belirtilmektedir. Bunlara ilave aile hekimi, kadın eşinden şiddet gördüğünü açıkladığında ya da aile hekimi şiddetten şüphelenip yaptığı taramalarla şiddeti kendisi saptadığında nasıl bir yol izleyeceği konusunda emin olmalıdır. Yapılacaklar şöyle özetlenebilir; varsa zedelenmelerin tedavisi, o anki durumun güvenliğini değerlendirme, çocuklar tehlike içinde ise çocuk koruma birimleriyle bağlantı kurma ve şiddeti belgelemelidir (8). Sakinleştirici reçetelemekten, kişinin muhakeme yeteneğini silikleştireceğinden mümkün olduğunca kaçınmalıdır. Eş şiddetinin ölümcül olabileceği konusunda kişiyi uyarmak ve bir güvenlik planı oluşturmak da önerilir. Güvenlik planı şunları içermelidir (5,6).

- Şiddet gören kadınlar için kurumsal kaynakların bir listesi sunulmalıdır (sığınma evi, polis, danışma merkezleri vs.).

- Güvenli evler üzerinde anlaşma sağlanmalıdır. İyi bir plan üç güvenli yeri içerir (sığınma evi, akraba ya da arkadaşın evi) ve gerektiğinde emniyete ulaşmayı sağlamalıdır.

- Gerekli malzemeler güvenli bir yerde saklanmalıdır (kadın ve çocuklar için kıyafetler, para, banka kartları, kimlik kartları ve çocukların rahatı için gerekenler) (5,6).

- Eş şiddetine uğrayan mağdurlar genellikle ayrılmayı başaramazlar ve bundan utanırlar. Bu durumda aile hekimi kadının kendi kararını vermesine saygı göstermelidir. Kadın hazır olmadan, onu durumunu değiştirmeye itmek amaca zarar verebilir.

Kadın uzunca bir süredir şiddet görüyor ve bu durumdan aile hekimini yeni haberdar ediyorsa; geçmişte yapılmış herhangi bir müdahale var mı sorgulanır. Önceki müdahaleler hakkında bilgiler alınmalı ve bunların neden işe yaramadığı araştırılmalıdır (7). Kadına yönelik şiddet olan bütün durumlarda, özellikle de problem bir dış birime bildirildiği zaman, aileyle bağlantıyı sürdürmek önemlidir. Aile hekimi, sosyal hizmet ve tedavi birimleri yanında ilgili uzmanların katılımıyla

aileye sunulan destek hizmetlerinin devamlılığını sağlamada sorumluluk almalıdır. Aile hekimi, tüm bu çeşitli birimlerle ortak çalışırken aileye yardım ve destek sunabilecek tek sabit ve sürekli temas noktasıdır (5,6). Aile hekimi, şiddetten etkilenmiş bireylerin özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim–hasta ilişkisi oluşturur, öncelikleri belirler, hastayla işbirliği yapar, onun gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının sürekliliğini sağlar. Aile hekimi, süregelen ve koordine bir sağlık bakımı yanı sıra bireylerin yaşadıkları ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimser. Kültürel ve varoluş boyutlarını da dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modelini uygulayan aile hekimi, hastayı bir bütün olarak kabul eder. Birey merkezli ve bütüncül yaklaşımın şiddet durumunda sağlayacağı en önemli katkı, mağdurun güvenini kazanmaktır. Bu güven, tanı, ortak strateji belirleme ve tedaviye uyumu artırması nedeniyle çok önemlidir. Aile hekimi, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplinlerin sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme yeterliliğine sahip olmalıdır. Bu bağlamda bir aile hekimi, hastanın savunuculuğunu yapar. Aile hekimi, şiddeti gören veya uygulayan hastalarının uygun sağlık – sosyal hizmetleri almalarını sağlar. Bunun içinde sivil toplum örgütlerinden ve devlet kuruluşlarından faydalanmaları konusunda destek olur. Şiddet mağdurları genellikle hukuk ya da ruh sağlığı çalışanları yerine birinci basamak hekimlerinden yardım isterler. Çünkü hastaların birinci basamağa ulaşması, doktorla veya birinci basamak sağlık çalışanı ile yakın ilişki kurması daha kolaydır. Aile hekimleri, hastalarını ailenin yaşam döngüsünün her evresinde görürler. Bu durum onlara şiddetin kuşaklar arası ve döngüsel doğasına müdahale etme şansı verir (7). Sadece şiddet göreni veya uygulayanı değil, ailenin tümünü, nesillerin tamamını inceleme fırsatı verir. Böylece şiddetin yönetiminde, aile hekimliği disiplininin “bireye, ailesine ve topluma yönelik birey-merkezli yaklaşım geliştirme” özelliği son derece önem kazanır (9).

8. DÜNYA'DA KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET

Fiziksel şiddet; aile içi şiddetin en sık olarak uygulanan biçimidir. DSÖ' nün 2005 yılındaki “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Raporu”na göre; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13,0 - 61,0 arasında saptanmış ve kadınların eşleri tarafından “yumruklanma”, “tekmeleme”, “yerde sürüklenme”, “silahla tehdit edilme” gibi ağır şiddet şekillerine maruz kalma sıklığı % 4,0 – 49,0 arasında bulunmuştur (71, 72).

Dünya Sağlık Örgütü Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik şiddet çalışması (2005)'e göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13,0 – 61,0 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı % 6,0 – 59,0 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların eşlerinden en fazla tokatlanmak şeklinde fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlara eşleri tarafından yumruklanma tekmelenme yerde sürüklenme silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı % 4,0 – 49,0 arasında değişmektedir (71, 72).

Kadına yönelik çalışmalar 20. yüzyılda hız kazanmış; buna karşın “ Kadın istismar” ının tıp alanında bilimsel bir gerçek olarak kabul edilişi ise daha geç olmuştur. 1990'lı yıllarda uluslararası kuruluşlar kadına karşı şiddet konusunda odaklandıktan sonra, 1993'de Birleşmiş Milletler de “Kadına Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Beyannamesi” imzalanmış; ilerleyen yıllarda bu beyanname çerçevesinde yapılan çalışmalar hız kazanmış; 1999'da Birleşmiş Milletler Nüfus fonu “kadına karşı şiddetin bir halk sağlığı önceliği” olduğunu kabul etmiştir (73).

Uluslararası af örgütünün raporuna göre Dünya'da;

- Kadınların yaklaşık 1/3'ü değişik boyutlarda şiddete maruz kalmakta,
- Her 3 kadından en az biri dövülmekte, cinsel ilişkiye zorlanmakta ya da farklı bir biçimde tacize uğramakta .
- Avrupa Konseyi, 16-44 yaş arası kadınların ölüm ve sakatlanmalarının ana sebebinin aile içi şiddetin olduğunu ve bunun kanser ya da trafik kazalarındaki ölüm ve sakatlanma oranından çok daha fazla olduğunu beyan etmiştir.
- Bugün cinsiyet yüzünden yapılan kürtaj ve doğum sonrası kız bebeklerinin öldürülmeleri sonucunda 'kaybolan' kadın sayısı 60 milyondan fazladır.

- BM Kadına yönelik şiddet özel raportörünün raporlarına göre 1999'da ABD'de aile içi şiddete maruz kalan kurbanların % 85,0' ni kadınlar oluşturmaktadır.
- Dünya Sağlık Teşkilatı kadın cinayet kurbanlarının neredeyse %70' nin erkek partnerleri tarafından öldürüldüğünü rapor etmiştir. (74).

Avrupa Birliği üyesi 28 ülkede 2013 yılında “Violence against women: an EU-wide survey” adıyla gerçekleştirilen kadına yönelik şiddet araştırmasının sonuçları, Avrupa Birliğine üye ülkeler arasında eşleri ya da birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz bırakıldıklarını belirten kadınların yüzdesinin 13 ile 32 arasında değiştiğini ve Avrupa Birliği ortalamasının yüzde 22 olduğunu göstermiştir. Avrupa Birliği üyesi ülkelerde yaşayan her 3 kadından biri ise, 15 yaşından sonra en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmıştır (75).

9. TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır. Bilimsel bir çalışma olmamakla birlikte, Türkiye genelinde aile içi şiddetin ortaya konduğu ilk çalışma 1988'de PİAR tarafından yapılmış ve çalışmada kadınların % 75,0' nin eşlerinden dayak yediği ortaya çıkarılmıştır (76).

Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü'nün (2001) araştırmasına göre, kadınlar, şiddeti çoğunlukla eşi, erkek arkadaşı ya da diğer aile bireylerinden gördüklerini ifade etmişlerdir. Gecekondu mahallelerinde yaşayan kadınları kapsayan çalışmada, kadınların % 97,0' sinin aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenirken, ailelerin % 34,0' ünde fiziksel, % 53,0' ünde ise sözlü şiddet olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırma Kurumu'nun 2003 de yaptığı bir araştırmaya göre geleceğe umutla bakan erkekler arasında dayak atanların oranı düşüktür. “Aile İçi Şiddet ve toplumsal Alanda Şiddet” başlıklı araştırmaya göre kadınların %10,0' u eşlerinden sıklıkla dayak yemektedir. Eşleri tarafından sürekli hakarete uğradıklarını söyleyen kadınların oranı %12'dir. Erkeğin dayağa başvurma nedenleri arasında ilk sırada “eşin evle ilgilenmemesi” % 66,2 olarak karşımıza çıkmaktadır. “Eşin saygısız tavır ve

davranışları”, “eşin kötü alışkanlıkları” diğer önemli nedenler arasında gösterilmektedir (77).

Türkiye ‘de 2007 yılında Altınay ve Arat’ın, 56 ilde toplam 1800 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada evli kadınların hayatı boyunca eşlerinden en az bir kez fiziksel şiddet gördüğüne ifade etmektedir. Her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü söylenebilir. Aynı çalışmada Türkiye bölgelere ayrıldığında Doğu bölgelerindeki, kadınların % 39’u fiziksel şiddete, Orta/Batı bölgelerinde ise % 33,0’ ü fiziksel şiddete uğradıklarını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet sayısı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı % 43,0 iken, yükseköğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran % 12,0’ dir. Türkiye’de kadınların yaklaşık üçte biri fiziksel şiddete maruz kalırken, daha büyük bir çoğunluk farklı şiddet deneyimleri yaşamaktadır (78)

TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2008 ’e göre: çalışmaya katılan kadınların % 39,0’ unun kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocuklarının bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkiye girmeyi reddetmesi gibi durumlardan en az birinin gerçekleşmesinin, kocanın karısını dövmesi için haklı gerekçe oluşturacağını belirtmişlerdir (79).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2009 yılında Türkiye genelinde toplam 24.048 hanede bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre 12.295 15-59 yaş grubu kadınların % 39,0’ ının hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet, % 15,0’ ının cinsel şiddet ve % 44,0’ ının duygusal şiddet gördükleri saptanmıştır (80). Aynı çalışmanın takip araştırması niteliğinde 2014 yılında Türkiye genelinde 15.072 hanede 15-49 yaş arasındaki kadınlarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Buna göre Ülke genelinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı % 36,0’ dır. Başka bir ifadeyle, her 10 kadından yaklaşık 4’ü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. Türkiye genelinde yaşamın herhangi bir döneminde kadınların % 12,0’ ı cinsel şiddete, % 44,0’ ı duygusal şiddet/ istismara maruz kadmıştır.

Ekonomik şiddet/istismar biçimleri kadının çalışmasına engel olma ya da işten ayrılmasına neden olma, ev harcamaları için para vermeme ile kadının gelirini elinden alma olarak tanımlanmıştır. Türkiye genelinde bu davranışlardan en az birine yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı % 30,0' dur (81).

10. KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETİ ÖNLEMELER İÇİN HUKUKİ DÜZENLEMELER

Kadına yönelik şiddet kadının yaşam hakkının, güvenliğinin, onurunun, özgürlüğünün (düşünsel, ekonomik, cinsel vb.) ve bedensel bütünlük hakkının sırf kadın olması nedeniyle her türlü ihlalidir.

Kadına yönelik şiddet, “cinsiyete dayalı, kadınlara fiziksel, psikolojik veya cinsel zarar veya sıkıntı veren ya da vermeye yol açabilecek her türlü şiddet fiili ya da tehdidi” olarak tanımlanmıştır (82).

10.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Madde10: “Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet bu eşitliğin hayata geçmesini sağlamakla yükümlüdür” ifadesi 2004 yılında eklenmiştir.

Madde 41: Aile Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar.

10.2. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

14 Ocak 1998 tarihinde 4320 sayılı “Ailenin Korunmasına Dair Kanun” ile aile içi şiddeti önlemeye yönelik düzenleme getirmiştir. Böylece aile içi şiddet sorunu çeşitli tedbirler ve hükümler çerçevesinde önlenmeye çalışılmıştır. Ancak uygulamada yaşanan bazı sorunlar ve son dönemde artan şiddet olaylarının toplumu ve ilgili makamları harekete geçirmesiyle birlikte, yeni bir kanun arayışı içine girilmiştir. İlgili kamu kurum

ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları ile 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun 8 Mart 2012 tarihinde TBMM Genel Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiş ve 20 Mart 2012 tarihinde Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 6284 sayılı yeni Kanun, detaylı ve geniş kapsamlı tedbirleri düzenlemekte ve bu tedbirleri alma yetkisini hâkimin yanı sıra ilgili kolluk ve mülki amirlere de yüklemiş, böylece tedbirlerin kısa sürede alınarak daha etkin bir koruma sağlanması amaçlanmıştır.

Kanuna göre, şiddete uğrayan, uğrama tehlikesi bulunan kadınlar, çocuklar, aile bireyleri ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olanların korunması esas kabul edilmektedir. 6384 sayılı kanunda; *“kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfî engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış, şiddet olarak tanımlanmaktadır.”* Şiddet görenler en yakın karakola, Alo 183 hattına ve 7/24 esasıyla hizmet verecek “Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi”ne başvurabilecektir. Kanuna göre, sadece şiddet gören değil, şiddeti duyan, gören, bilen herkes ihbarda bulunabilir.

Şiddete uğrayan ve koruma altına alınan kişilere geçici maddi yardım yapılacaktır. Bakanlığa ait veya Bakanlığın gözetimindeki yerlere yerleştirilecek, korunan kişinin çocuğu varsa Bakanlık kaynaklarıyla kreş imkânı sağlanacaktır ki, koruma altındaki birey çalışma hayatına daha rahat katılabilsin. Gerek görülmesi halinde bakanlık, açılan davalara müdahil olabilecek, mağdurlar, oluşturulacak “Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi” aracılığıyla izlenecek, ilköğretimde müfredata “kadın-erkek eşitliği” konusu eklenecek, medyada bu konuda kamu spotları yayınlanacak, kamu kurumları çalışanlarına meslek içi eğitimler verilecektir. Mağdur erkek veya çocuk ise, onlar da kanun hükümlerinden yararlanabilir (83).

Ceza hukuku sistemindeki bu düzenlemelere ek olarak; 11.5.2011 tarihinde İstanbul'da imzalanan, 8 Mart 2012' de yürürlüğe giren ve adına kısaca İstanbul Sözleşmesi denen “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye

İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi” ile ülkemiz uluslararası düzeyde kadına yönelik şiddete ilişkin mücadele etmeyi ve bu amaçla ilgili tedbirleri almayı taahhüt etmiştir.

KYAİŞ’ in belirtilerini tanımak ve buna yönelik tıbbi müdahalede bulunmak sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindedir. Bununla birlikte hekimlere ve ebe, hemşirelere verilen yasal sorumluluklar nedeniyle AİŞ’ in tespiti halinde bildirimde bulunmak zorunlu bir görevdir.

Yeni Türk Ceza Kanunu’na göre gerekse 6284 sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna’na göre aile içi şiddete tanık olan herkes bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumludur (83).

10.3. Türk Ceza Kanununda Aile İçi Şiddet

2004 yılında kabul edilen ve 1 Haziran 2005' de yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda ailenin korunması, kadına yönelik şiddetle mücadele ve intihara yönlendirme suçları çeşitli maddelerde düzenlenmektedir.

Ceza Kanunu da kadınların yoğun çabaları ile şiddet içeren maddelerinden arındırıldı. Eski kanunda kadına yönelik cinsel şiddet içeren suçlar, “genel ahlak ve aile düzenine ilişkin suçlar” olarak algılanıyordu. Bu bakış açısı, namus gerekçesi ile işlenen suçlarda ceza indirimine olanak sağlıyor, tecavüze uğrayan kadınların tecavüz edenle evlenmesi halinde suçlunun ceza almamasına izin veriyordu. Yeni kanun ise cinsel şiddet içeren suçları “kişilik hak ve özgürlüklerine karşı suçlar” olarak tanımlamaktadır.

Ceza kanunun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir (84).

- Kasten ya da taksirle (tedbirsizlik) yaralama (Md 86-89)
- Eziyet (Md 96)
- Bir kişiyi zorla alıkoymak, hürriyetinden yoksun bırakmak (Md 109)
- Çalışma özgürlüğünü engellemek (Md 117)
- Eğitim ve öğretimin engellenmesi (Md 112)

- Tehdit (Md 106)
- Şantaj (Md 107)
- Cinsel saldırı (Md 102-103-104-105), eşe karşı işlendiğinde şikayete tabidir.
- Fuhuşa zorlamak (Md 227)
- Huzuru bozmak amacıyla bir kimseye ısrarla telefon edilmesi, gürültü yapılması vs (Md 123)

10.4. Medeni Kanun ve Aile İçi Şiddet

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

Yeni Türk Medeni kanunu, yeni şekliyle kadın-erkek eşitliğini gözeten, cinsiyet ayrımcılığına son veren, kadınların aile ve toplum içerisinde erkekler ile eşit kılan, kadın emeğini değerlendiren bir düzenlemedir (84).

Türk Medeni kanununa göre;

- Aile içi şiddet bir boşanma nedenidir (Md 162)
- Herkesin evleneceği kişiyi seçme hakkı vardır
- Zorla, hile ve tehditle evlendirilmişse 5 yıl içinde dava açabilir.
- Yeni Medeni Yasada aile reisliği kaldırılmış ve eşlerin evlilik birliğini beraberce yönetecekleri düzenlenmiştir.
- Eski kanunda evlilik birliğini temsil yetkisi kocaya aittir. Yeni Medeni kanunda temsil yetkisi eşlerin her ikisine birlikte verilmiştir.
- Evin seçimini kocanın yapacağı hükmü değiştirilerek, eşlerin oturacakları evi birlikte seçecekleri hükmü getirilmiştir.
- Yeni Medeni Yasada eşlerden birinin meslek ve iş seçiminde diğerinin iznini almak zorunda olmadığı hükmü getirilmiştir. Bu düzenlemeyle eşler mesleklerini diğer eşten izin almadan sürdürebilecektir.

10.5. Aile İçi Şiddete Yönelik Sağlık Personelinin Yasal Sorumlulukları

Hekimler TCK'nun 280. maddesi ile suç önlemekten sorumlu haline getirilmektedir. Bu madde de sağlık personeline görevini yaptığı sırada herhangi bir suçun işlendiğine dair bir belirti ile karşılaşması halinde durumu derhal ihbar etmesi aksi halde bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı düzenlenmiştir. Eğer Hekim kamu görevlisi ise cezası 279. madde uyarınca iki yıla çıkmaktadır. Oysa aynı konuyu düzenleyen 765 Sayılı TCK'nun 530. maddesinde ise; sağlık personeline sadece ve sadece tedavi ettikleri kişi aleyhine işlenmiş bir suçun belirtisi ile karşılaşmaları halinde ve tedaviyi yaptıktan sonra bildirim yükümlülüğü getirilmiş olup, eğer bildirim sonucu tedavi gören kişi aleyhinde bir soruşturma yapılabilecek ise, sağlık personeli bu durumda ihbar etmekten muaf tutulmuştur. Yine 530. maddeye göre bildirmeme suçunun işlenmesi halinde de öngörülen ceza sadece hafif para cezasıdır. Oysa yeni TCK ile hekimlerin sır saklama yükümlülüğü ortadan kaldırılmış, kişilerin suç işlemesi halinde sağlık haklarının öncelikli olduğuna ilişkin en temel insan hakkı yok sayılmış, sağlık personelinin öncelikli görevi suçluların yakalanması olarak belirlenmiştir (85).

Bu nedenle sağlık personeli aile içi şiddete maruz kalan kadınları tespit ettikleri takdirde kolluk kuvvetlerine bildirmekle yükümlüdür. Aile içi şiddet nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlara yönelik adli vaka raporu tutma yetkisi sağlık personeline verilmiştir (86).

Türkiye genelinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde İl Kamu Hastaneler Birliği iş birliği ile yürütülen, birçok mezuniyet sonrası KYAİŞ eğitim oranlarına bakıldığında, eğitime rağmen bildirim yapma oranının çok düşük olduğu gözlenmiştir. Bildirim yapmayan sağlık çalışanı, bildirim yapmayarak hem kendisini hem şiddete uğramış kişinin risk altında kaldığının farkına varamamıştır. Çünkü bildirim yapmak sağlık çalışanının yükümlülüğüdür. T.C.K. Madde 279'da Kamu görevlilerinin, Madde 280'de ise sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi veya bildirim geciktirilmesinden doğacak cezai sorumluluktan bahsetmiştir (85).

Kamu görevlisinin suç u bildirmemesi

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

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

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (87).

GEREÇ ve YÖNTEM

1. Araştırmanın İzni ve Zamanı

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan ve Denizli il Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alındıktan sonra başlanmıştır. Çalışma 01 Haziran -01 Ağustos 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2. Evren ve Örneklem

Denizli, Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerinde toplam 50 ASM yer almaktadır. Araştırmanın evrenini bu ASM'lerde çalışmakta olan 158 hekim ve 158 ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş olup, evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmaya bu 50 ASM' de çalışan tüm hekim, hemşire ve ebe toplam 316 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmak istenmiştir. Ancak anketin yoğun olarak çalışıldığı zamanın yaz mevsimine denk gelmesi nedeniyle hekimlerin bir kısmının izinli ya da raporlu olması nedeniyle 16 kişiye ulaşılamamış, 36 kişi de çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Reddedenlerin % 58,3 i (n=21) hekimlerden oluşmaktadır. Bunların sonucunda 266 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırma sonucunda evrenin % 84,2' sine ulaşılmıştır.

3. Verilerin Toplanması

Belirlenen anket uygulama esasları doğrultusunda anketlerin yanıtlanması sırasında standardizasyonun sağlanması ve anket bilgilendirmesi arasında fark oluşmaması amacı ile çalışmada yer alan tüm anket görüşmeleri bizzat tezin yürütücüsü tarafından gerçekleştirilmiştir.

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

Anket formunun ilk sayfasının giriş bölümünde katılımcıları anket hakkında bilgilendirmek için bir giriş paragrafı hazırlandı. Bu paragrafta yapılan çalışmanın amacı, anket formları doldurulurken verilecek yanıtlarla alınacak sonuçların, sağlık çalışanlarının bu konudaki sorunlarına çözüm üretmek amacıyla kullanılacağı bilgisi katılımcılara verildi. Ayrıca anket formu doldurulurken verilen yanıtların kime ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için anket formlarında ad ve soyad bilgisi istenmedi. Her bir kişiye ölçek ve anket sorularımız kapalı zarf içinde teslim edildi. Sonrasında doldurulmuş olan anketler tekrar kapalı zarf içinde kişilerin kendileri tarafından büyük bir kutuya atma suretiyle teslim alındı.

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan “Hekim ve ASE’lerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma Ve Bildirim Konusundaki Tutum Ve Davranışları” adlı anket formu ve “Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek” kullanıldı. Anket sosyodemografik özellikleri sorgulayan 9 sayıda soru, tutum ve davranış belirlemeye yönelik ilave 13 soru olmak üzere 22 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK-3). Bu sorulardan AİŞ’ e uğrayan kadın hastasına karşı tutum ve davranışlarının ne olduğunu sorduğumuz sorularımızın yanıtlarını analizimiz sırasında, “aktif davranış”, “pasif davranış” ve “davranış yok” olarak ayırdık. Bunlar arasında aktif bildirimde bulunma olarak “muayene edip sağlık raporu hazırlamak” ve “155 arayarak polise haber vermek” yanıtlarını kabul ettik.

“Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek” Baysan ve Karadağlı (2003) tarafından geliştirilmiş ve geçerliliği güvenilirliği çalışılmıştır. Ölçek, “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçek madde havuzunda toplam 33 madde oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 31 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçeğin Baysan ve Karadağlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.76 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, “*Fiziksel Belirtiler*” ve “*Duygusal*

Belirtiler” olmak üzere iki alt boyuttan oluşmuştur. Ölçek “doğru” ve “yanlış” şeklinde ikili olarak hazırlanmıştır. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, “yanlış” seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31. maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan , “yanlış” seçeneğine “1” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “31”, en düşük puan “0”dır. Bu puanlar kullanılarak, toplam ve iki alt boyuta (*fiziksel* ve *duygusal*) göre puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Puanlama toplam ölçek puanı için (en düşük-en yüksek) 0–31, fiziksel alt ölçek puanı için 0–13, *duygusal* alt ölçek puanı için ise 0–18 olarak belirlenmektedir. Yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 80’i ve daha fazlasını doğru bilenlerin HEHKYSBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, % 50–79’ unu doğru bilenlerin HEHKYSBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, % 50 ve daha azını doğru bilenlerin HEHKYSBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir (1,92).

4. Ölçeğin Geçerliliği:

4.1. Kapsam (içerik) Geçerliliği:

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

4.2. Yapı-Kavram Geçerliliği:

“HEHKYSBTÖ”nün yapı geçerliğine yönelik olarak Bilesen Çözümlemeleri (Factor Analyses) yöntemi kullanılmış ve kadına yönelik şiddetin fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç yönünü yansıtan üç faktör (alt boyut) elde edilmiştir. Ortaya çıkan üç alt boyuttan Cinsel Belirtiler Alt Ölçek boyutunda iki maddenin yer alması ve

bu maddelerin cinsel istismarın fiziksel yönüne ait belirtileri kapsamı nedeniyle, Fiziksel Belirtiler Alt Ölçek maddeleri arasında yer alabileceğine karar verilmiştir. İstatistik uzmanlarının önerileri doğrultusunda temelde iki alt boyutta (Faktörde) toplanmıştır.

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

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

5. Ölçeğin Güvenirliği ve İç Tutarlılık:

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

6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS' e aktarılarak veri denetlemesi yapılmış ve hatalı girilen veriler numaralandırılmış olan anket formlarına göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 21.0 versiyonu kullanılarak hesaplamalar yüzde (%) ve ortalamalar ile saptanmıştır; $p < 0,05$ olan sonuçlar istatistiksel öneme sahip olduğu kabul edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki Kare ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

7. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya PamukkaleÜniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma Etik Kurulu ‘nun 22.06.2015 tarihli ve 60116787-020/35883 sayılı onayı (EK-1) alınarak başlanmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için Denizli İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır.

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

8. Sınırlılıklar

Çalışmamızın uygulandığı zamanın yaz dönemi olması nedeniyle çalışma grubunun % 5,0’ i (16 kişi) izinde idi. Yine çalışmamıza % 11,3 (36 kişi) katılmayı reddettiği için çalışma dışı bırakıldı.

Elde edilen bulgular Türkiye’de yer alan diğer ASM’ lere ve tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.

9. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Hekimler, ebe ve hemşirelerin KYS’ i ne kadar tanıyabildikleri, tanı koyabildikleri olguları bildirip bildirmedikleri bu konuda nasıl bir tutumlarının olduğunun yanı sıra bildirmiyorlarsa neden bildirmedikleri konusundaki davranış ve tutumlarını saptamaya çalışmasıdır.

BULGULAR

Çalışmamızda, Denizli Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerinde yer alan toplam 50 ASM’de çalışan 158 hekim, 158 aile sağlığı elemanı (hemşire ve ebe) olmak üzere 316 kişinin tamamı örneklem grubuna alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden Pamukkale ilçesinden 143 kişi, Merkezefendi ilçesinden 123 kişi olmak üzere 266 kişiye ölçek ve anket uygulandı. Böylece evrenin % 84,2’ sine ulaşılmış oldu.

Katılımcılarla görüşmemiz esnasında çalışmaya katılmayı reddeden 36 kişi (% 11,4) çalışma dışı bırakılmıştır. Reddedenlerin % 58,3’ ü (21 kişi) hekimlerden, % 41,7’ si (15 kişi) aile sağlığı elemanları (ASE) olan hemşire ve ebelerden oluşmaktadır. Yine yaz dönemi olması nedeniyle izinli olup görüşemediğimiz 16 kişi (% 5) çalışmaya dahil edilmemiştir. Hekim ve ASE’ larının çalışmaya katılım oranları Tablo-1’ de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hekim ve ASE’ larının çalışmaya katılım oranları.

	Hekim (158)		ASE (158)		Toplam (316)	
	n	%	n	%	n	%
<u>Merkezefendi İlçesi</u>						
Katılan	57	46,3	66	53,7	123	100,0
Reddeden	12	75,0	4	25,0	16	100,0
İzinli olan	5	55,6	4	44,4	9	100,0
<u>Pamukkale İlçesi</u>						
Katılan	72	50,3	71	49,7	143	100,0
Reddeden	9	45,0	11	55,0	20	100,0
İzinli olan	4	57,1	3	42,9	7	100,0

Araştırma grubumuzda yaşını belirtenlerin (n=224) yaşları 26 ile 62 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları $42,6 \pm 6,5$ olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre sağlık çalışanlarının % 2,7’ si (6 kişi) 29 yaş ve altında, % 59,8’ i (134 kişi) 30-45 yaş

arası, % 37,5' i (84 kişi) 46 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Sınıflanmış yaş ortalamaları Tablo-2' de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışma grubunun sınıflanmış yaş ortalamaları.

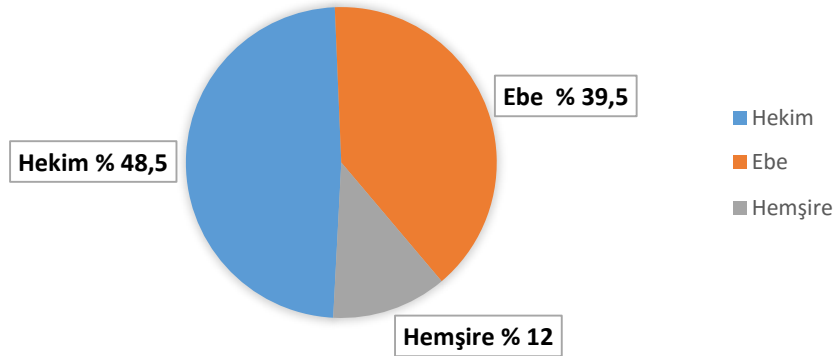
Yaş	Kişi (n)	%
29 ve altı	6	2,7
30 - 45	134	59,8
46 ve üzeri	84	37,5
Total	224	100

Çalışma grubunun % 66,3' ü (175 kişi) kadındı. Hekimlerin % 33,1' i (42 kişi), hemşirelerin % 93,8' i (30 kişi), ebelerin % 98,1' i (103 kişi) kadındı (Tablo 4).

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarından % 48,5' i (129 kişi) Tıp Fakültesi mezunu, % 22,6' sını (60 kişi) SYO Lisans mezunu, % 22,6' sını (60 kişi) SYO Önlisans mezunu, % 5,6' sını (15 kişi) SML mezunuydu (Tablo 4).

Araştırma kapsamındaki katılımcılardan % 48,5' i (129 kişi) hekim, % 39,5' i (105 kişi) ebe, % 12,0' ı (32 kişi) hemşire idi. Şekil 1.

Şekil 1. Araştırma Grubunun Meslek Dağılımları



Katılımcıların % 7,4' ü (19 kişi) 5 yıldan daha az süredir, % 80,9' u (207 kişi) 6-25 yıl arası, % 11,7' si (30 kişi) 26 yıldan daha fazla süredir birinci basamakta çalışmaktaydı. Mesleklere göre birinci basamakta çalışma süreleri Tablo-4' de gösterilmektedir. Birinci basamakta ortalama çalışma süresi \pm std.sapma $17,04 \pm 7,28$ (min – maks 1 - 33)' dir.

Birinci basamakta hekim, hemşire ve ebelerin ortalama çalışma süreleri Tablo-3' te gösterilmiştir. Birinci basamakta çalışma süreleri açısından karşılaştırıldığında hekim-hemşire ile hekim-ebe arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,005$). Buna göre hekimlerin daha uzun süre çalışmış oldukları görülmüştür.

Tablo 3. Birinci basamakta hekim, hemşire ve ebelerin ortalama çalışma süreleri.

	Bb' ta ortalama çalışma süresi \pm ss	medyan (min - maks)	P
hekim	19,87 \pm 6,9	20 (1 - 33)	
hemşire	13,07 \pm 6,7	14 (2 - 26)	0,005
ebe	14,62 \pm 6,5	15 (2 - 29)	

Çalışma grubunun görev yaptıkları bölgede kendilerine bağlı bulunan nüfus sayısına göre dağılımlarına baktığımızda; nüfusu 2999 ve aşağısından sorumlu olan 15 kişi (% 5,9) vardı ki bunların da 6' sı (% 40) hekimdi. Bağlı bulunan nüfus sayısı 3000-3999 arası olan 147 kişiden (% 57,9) 65' i (% 44,2) hekimdi. Nüfusu 4000 ve üzeri olan 92 kişiden (% 36,2) de 56' sı (% 60,9) hekimlerden oluşmaktaydı (Tablo-4).

Çalışma grubunun % 5,6' sı (15 kişi) bekâr, % 89,1' i (237 kişi) evli, % 0,8' inin (2 kişi) eşi ölmüştü; % 4,5' i (12 kişi) ise eşinden ayrılmıştı.

Meslek gruplarına göre medeni durumları incelendiğinde; hekimlerin % 89,1' i (115 kişi), ebelerin % 92,4' ü (97 kişi), hemşirelerin % 78,1' i (25 kişi) evli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamındaki kişilerin % 70,3' ünün (187 kişi) eşleri çalışmaktaydı. Çalışma grubunda yer alan kişilerin eşlerinin meslekleri incelendiğinde, % 15,9' u (45 kişi) doktor, % 15,0' ı (40 kişi) öğretmen ve % 7,1' i (19 kişi) memurdu. Doktorların % 82,2'sinin (37 kişi) eşi de doktordu.

Araştırma grubunun % 91,3' ünün (240 kişi) çocuğu vardı. Çocuk sayısı incelendiğinde; hekimlerin % 48,3' ünün (116 kişi), hemşirelerin % 11,3' ünün (27 kişi) ve ebelerin % 40,4' ünün (97 kişi) çocuk sahibi olduğu saptanmıştır; 1-2 çocuğu olan % 87,9 (211 kişi), 3 ve üzeri çocuk sahibi olan % 12,0 (29 kişi) mevcuttu (Tablo-4).

Tablo-4' te çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 4. Hekim, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri.

Sosyo-demografik Özellikleri	Hekim		Ebe		Hemşire	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
≤ 29	0	0	4	4,5	2	7,7
30 - 45	41	37,6	74	83,1	19	73,1
≥ 46	68	62,4	11	12,4	5	19,2
Toplam	109	100,0	89	100,0	26	100,0
Cinsiyet						
Kadın	42	33,1	103	98,1	30	93,8
Erkek	85	66,9	2	1,9	2	6,3
Toplam	127	100,0	105	100,0	32	100,0
Medeni Durum						
Bekar	6	4,7	5	4,8	4	12,5
Evli	115	89,1	97	92,4	25	78,1
Eşi ölmüş	1	0,8	0	0	1	50,0
Diğer	7	5,4	3	2,9	2	6,3
Toplam	129	100,0	105	100,0	32	100,0
Mezun Oldukları Okul						
Tıp Fakültesi	129	100,0	0	0	0	0
SYO lisans	0	0	43	40,9	17	56,7
SYO önlisans	0	0	49	46,7	11	36,7
SML	0	0	13	12,4	2	6,6
Toplam	129	100	105	100	30	100
BB' ta Çalışma Süresi (yıl)						
≤ 5	4	3,1	9	9,1	6	20,0
6-25	98	77,2	87	87,9	22	73,3
≥ 26	25	19,7	3	3,0	2	6,7
Toplam	127	100,0	99	100,0	30	100,0
Çocuk Sayısı						
Hiç çocuğu olmayan	11	8,6	5	5,0	4	12,9
1-2 çocuk	106	83,5	80	79,2	25	80,6
≥ 3	10	7,9	16	15,8	2	6,5
Toplam	127	100,0	101	100,0	31	100,0

“Son bir yılda aile içi şiddete maruz kaldığı için başvuran kadın hastanız oldu mu?” sorusunu yanıtlayanların % 38,5’ i (102 kişi) hiç olmadığını belirtmiştir. Başvuru olduğunu belirten sağlık personeli oranı % 61,5 olup, % 52,1’ ine (138 kişi) 1-3 kez, %7,5’ ine (20 kişi) 4-6 kez, % 1,9’ una (5 kişi) ise 7 ve üzeri başvuru da bulunulmuştur.

Sağlık çalışanlarının % 53,8’ i (143 kişi); “aile içi şiddete” uğradığından şüphe duyduğunuz bir kadın hastanız olursa ne yaparsınız?” sorusuna “adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendiririm” yanıtını vermiştir. Çalışma grubunun % 28,2’ si (75 kişi) muayene edip rapor hazırlayacağını, % 25,9’ u (69 kişi) ise polisi arayacağını belirterek aktif bildirimde bulunma tutumu göstermiştir. Buna karşılık % 2,6’ sı (7 kişi) “hiç bir şey yapmam” diyerek, % 6,0’ ı (16 kişi) ise sadece konuşarak telkinde bulunacağı yönünde tutum belirtmiştir (Tablo-5).

Tablo 5. Araştırma grubunun aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu kadın hastaya karşı tutumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aktif Davranış		
Muayene edip sağlık raporu hazırlarım	75	28,2
155 arayarak polise haber veririm	69	25,9
Müdürülüğe ya da TSM’ye bildirim	104	39,1
Sosyal hizmetlere bildirim	61	22,9
Pasif davranış		
Karakola gitmesi için yönlendiririm	92	34,7
Adli kurumlara başvurması yönünden bilgilendiririm	143	53,8
Şönim’e yönlendiririm	76	28,8
Davranış Yok		
Hiçbir şey yapmam	7	2,6
Sadece konuşarak telkinde bulunurum	16	6,0

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Tablo-6' da hekim, hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu bir kadın hastası olursa tutumlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Muayene edip sağlık raporu hazırlama tutumlarına göre meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Bu farkın hekimlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Hiç bir şey yapmama tutumu gösterenlere göre meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,022). Bu farkın hekimlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Polise haber verme tutumlarına göre de meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p= 0,026). Bu farkın da hekimlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 6. Aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu bir kadın hastası olduğunda, hekim, hemşire ve ebelerin tutumlarının karşılaştırılması.

Tutumları	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aktif Davranış									
Muayene edip sağlık raporu hazırlarım	52	69,3	6	26,0	17	22,7	75	100	0,001
155 arayarak polise haber veririm	43	62,3	7	10,1	19	27,5	69	100	0,026
Müdürülüğe ya da TSM'ye bildiririm	53	51,0	8	7,7	43	41,3	104	100	0,219
Sosyal hizmetlere bildiririm	29	47,5	10	16,4	22	36,1	61	100	0,472
Pasif Davranış									
Karakola gitmesi için yönlendiririm	47	51,1	15	16,3	30	32,6	92	100	0,147
Adli kurumlara başvurması yönünden bilgilendiririm	69	48,3	17	11,9	57	39,9	143	100	0,990
Şönim'e yönlendiririm	36	47,4	11	14,5	29	38,2	76	100	0,757
Davranış Yok									
Hiçbir şey yapmam	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0,022
Sadece konuşarak telkinde bulunurum	7	43,8	0	0,0	9	56,3	16	100	0,188

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Araştırma grubunun % 89,4' ü (237/266 kişi) meslek hayatı boyunca, aile içi şiddete uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtti. Bu 237 kişinin % 64,1' i (152 kişi) kadındı.

AİŞ nedeniyle başvuran kadın hastası olduğunu belirtenlere meslek olarak baktığımızda; % 52,3' ü (124/237 kişi) hekim, % 38,0' ı (90/237 kişi) ebe, % 9,7' si (23/237 kişi) hemşire idi.

Çalışma sürelerini belirtenler arasından AİŞ nedeniyle başvuran kadın hastası olanlar incelendiğinde % 80,7' si (184 kişi) 6-25 yıldır birinci basamakta çalışmaktaydı; % 12,7' si (29 kişi) 26 ve daha fazla yıldır ve % 6,6' sı (15 kişi) ise 5 yıl ve daha az süredir birinci basamakta çalışmaktaydı.

Kendilerine bağlı bulunan nüfusun büyüklüğüne göre incelediğimizde % 54,9' unun (130 kişi) 3000-3999 arası nüfusu vardı; % 35,4' ünün (84 kişi) 4000 ve üzeri, % 5,9' unun (14 kişi) 2999 ve altında nüfusu mevcuttu.

Tablo-7' de meslek hayatı boyunca, AİŞ' e uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtenlerin (237 kişi) bazı sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo7. Meslek hayatı boyunca, AİŞ' e uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtenlerin bazı sosyodemografik özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde %
<u>Cinsiyete</u>		
Kadın	152	64,1
Erkek	85	35,9
<u>Meslek</u>		
Hekim	124	52,3
Ebe	90	38
Hemşire	23	9,7
<u>Medeni durum</u>		
Bekar	13	5,5
Evli	212	89,5
Eşi ölmüş	2	0,8
Eşinden boşanmış	10	4,2
<u>BB' ta Çalışma Süresi (Yıl)</u>		
<5	15	6,6
6-25	184	80,7
>25	29	12,7
<u>Bağlı bulunan nüfus</u>		
≤ 2999	14	6,1
3000-3999	130	57,1
≥ 4000	84	36,8

Sağlık çalışanlarına, AİŞ' e uğradığı için başvuran kadın hastaların, kendilerine bildirilen şiddeti tarif etmelerini istediğimizde; % 78,9' u (187 kişi) tokat- yumruk, % 56,5' i (134 kişi) küfür-hakaret- tükürme, % 46,0' ı (109 kişi) tehdit baskı, % 13,9' u (33 kişi) cinsel taciz ve tecavüz, % 9,7' si (23 kişi) aletle saldırı, % 4,6' sı (11 kişi) diğer yanıtını vermişlerdir.

AİŞ' e uğradığı için kendisine başvuran kadın hastaya yaklaşımlarının ne olduğu sorulduğunda; % 1,3 (3 kişi) hiçbir şey yapmadığını, % 2,5' i (6 kişi) sadece konuşup, bu durumla yaşamayı öğrenmesi yönünde telkinde bulunduğunu belirtmiştir. Hiçbir şey yapmadım diyen 3 kişiden 2'si hekim, biri ebelerdir. AİŞ' e uğradığı için kendisine kadın hastaların başvurduğunu belirten 237 sağlık personelinin % 56,1' i (133 kişi) şiddet mağdurunu adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirdiğini belirtirken, % 50,6'sı (120 kişi) karakola yönlendirdiğini, %17,3' ü (41 kişi) ŞÖNİM' e yönlendirdiğini belirtmiştir. Adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirenlerin % 60,2' si (80 kişi) hekimlerden oluşmaktaydı. Bu grubunun % 35,0' ı (83 kişi) İl Sağlık Müdürlüğü' ne ya da TSM' ye bildirdiğini, % 21,9' u (52 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını, % 17,3' ü (41 kişi) 155'i arayarak polise haber verdiğini, % 16,5'i (39 kişi) de sosyal hizmetlere bildirdiğini belirtmiştir. Muayene edip rapor hazırlayanların % 82,7' si (43 kişi) hekimdir. Polise (155' i arayarak) haber verenlerin % 68,3' ü (28 kişi) hekimlerden, % 22,0' si (9 kişi) ebelerden, % 9,8' i (4 kişi) hemşirelerden oluşmaktaydı. Tablo-8' de araştırma grubunun aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımı; Tablo-9' da hekim, hemşire ve ebelerin, aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımları karşılaştırılmıştır.

Tablo 8. Araştırma grubunun aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aktif Davranış		
Muayene edip sağlık raporu hazırladım	52	21,9
155 arayarak polise haber verdim	41	17,3
Müdürülüğe ya da TSM'ye bildirdim	83	35
Sosyal hizmetlere bildirdim	39	16,5
Pasif davranış		
Karakola gitmesi için yönlendirdim	120	50,6
Adli kurumlara başvurması yönünden bilgilendirdim	133	56,1
Şönim'e yönlendirdim	41	17,3
Davranış Yok		
Hiçbir şey yapmadım	3	1,3
Sadece konuşarak telkinde bulundum	6	2,5

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Tablo 9. Hekim, hemşire ve ebelerin aile içi şiddete uğrayan kadın hastaya, yaklaşımları.

Tutumları	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aktif Davranış									
Muayene edip rapor hazırladım	43	82,7	3	5,8	6	11,5	52	100	0,001
155 arayıp polise haber verdim	28	68,3	4	9,8	9	22,0	41	100	0,056
Müdürlük yada TSM'ye bildirdim	48	57,8	5	6,0	30	36,1	83	100	0,268
Sosyal hizmetlere bildirdim	24	61,5	4	10,3	11	28,2	39	100	0,378
Pasif Davranış									
Karakola gitmesi için yönlendirdim	69	57,5	13	10,8	38	31,7	120	100	0,115
Adli kurumlara başvurması yönünden bilgilendiririm	80	60,2	5	3,8	48	36,1	133	100	0,001
ŞÖNİM'e yönlendirdim	22	53,7	4	9,8	15	36,6	41	100	0,979
Davranış Yok									
Hiçbir şey yapmam	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	100	0,806
Sadece konuşarak telkinde bulundum	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6	100	0,642

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.

n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Aile içi şiddete uğrayan kadın hastayı “ muayene edip, rapor hazırladım” diyenlerin % 82,7’ si (43 kişi) hekimdir. Bu konuda meslekler arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Yine AİŞ ile gelen kadın hastayı “adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirdim” diyenlerin % 60,2’ si (80 kişi) hekimdir ve bu konuda da meslekler arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,001).

AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşanlardan; adli rapor tutarak ve / veya polise haber vererek aktif bilidirimde bulunanlar 73 kişiydi. Bunların % 74,0’ ı (54/ 73 kişi) hekim, % 19,2’ si (14/73 kişi) ebe, % 6,8’ i (5/73 kişi) hemşireydi. AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşanların mesleklerine göre bildirimde bulunup-bulunmama

açısından istatistiksel olarak çok anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu farklılık hekimlerden kaynaklanmaktadır (Tablo 10).

AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşan 152 kadın sağlık personelinin % 25,0' ı (38 kişi) adli rapor tutarak ve / veya polise haber vererek aktif bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Bu oran erkeklerde ise % 41,2 (35 kişi)' dir. Erkekler kadınlara göre daha fazla bildirimde bulunmuştur ve istatistiksel olarak çok anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 10).

Çalışmamızdaki AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşan 237 kişinin, kendilerine bağlı bulunan nüfus büyüklüğüne göre bildirimde bulunma durumları incelenmiştir. AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşanlar nüfus sayısına göre bildirimde bulunup-bulunmama durumu açısından incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,234$).

AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşanlar, birinci basamakta çalışma sürelerine göre incelendiğinde, bildirimde bulunup-bulunmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,312$).

Yine aynı şekilde medeni duruma göre bildirimde bulunup-bulunmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p = 0,062$).

Tablo 10. Araştırma grubunda AİŞ' i bildiren ve bildirmeyenlerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Sosyo-denografik Özellikler	Bildirimde bulunma durumu*						P
	Evet (n=73)		Hayır (n=164)		Total (n=237)		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Meslek</u>							
Hekim	54	43,5	70	56,5	124	100,0	< 0,001
Ebe	14	15,6	76	84,4	90	100,0	
Hemşire	5	21,7	18	78,3	23	100,0	
<u>Cinsiyet</u>							
Kadın	38	25,0	114	75,0	152	100,0	< 0,001
Erkek	35	41,2	50	58,8	85	100,0	
<u>Medeni Durum</u>							
Bekar	8	61,5	5	38,5	13	100,0	0,062
Evli	63	29,7	149	70,3	212	100,0	
Eşi ölmüş	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Eşinden boşanmış	2	20,0	8	80,0	10	100,0	
<u>BB'ta Çalışma Süresi (yıl)</u>							
<5	3	20,0	12	80,0	15	100,0	0,312
6-25	56	30,4	128	69,6	184	100,0	
>25	12	41,4	17	58,6	29	100,0	
<u>Bağlı Bulunan Nüfus</u>							
≤ 2999	3	21,4	11	78,6	14	100,0	0,234
3000-3999	37	28,5	93	71,5	130	100,0	
≥ 4000	32	38,1	52	61,9	84	100,0	

* Bildirimde bulunmak: Muayene edip adli rapor tutmak ve / veya 155'i arayarak polise haber vermek.

Çalışma grubumuzda bildirimde bulunanlara (73 kişi), en son bildirimde buldukları olgunun nasıl sonlandığını sorduğumuzda; % 32,9' u (24/73 kişi) hiçbir fikrinin olmadığı ve geri bildirim almadıkları yönünde yanıt vermiştir. Geri bildirim almayan bu 24 kişinin % 70,8' ini (17 kişi) hekimler, % 8,3' ünü (2 kişi) hemşireler ve % 20,8' ini (5 kişi) ebeler oluşturmaktadır. Bildirimde bulunduğunu belirten sağlık çalışanlarının % 34,2' si (25/73 kişi) başvuru kurum tarafından (karakol, adliye, Şönim) yeterli yardım sağlandığını belirtirken, bunların da % 72,0' ı (18 kişi) hekim, % 16,0' ı (4 kişi) ebe, % 12,0' ı (3 kişi) hemşirelerden oluşmaktadır. Başvuru kurum tarafından (karakol, adliye, Şönim) yeterli yardım sağlanmadığını % 23,3' ü (17 kişi) belirtirken, meslekler göre dağılımları ise % 88,2' si (15 kişi) hekim, % 11,8' i (2 kişi) ebe şeklindeydi. AİŞ nedeniyle başvuran olgular için salgın çalışanlarından % 6,8' i (5 kişi) henüz sonuçlanmadığını ifade etmiştir.

AİŞ şikâyeti ile başvuran hastası olup (237 kişi) bildirimde bulunmayan sağlık personeline (164 kişi) bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep/ sebepleri sorduğumuzda Tablo- 11' deki yanıtlar elde edilmiştir. Buna göre % 57,3 (94 kişi) ile en yüksek oranda verilen yanıt: “şiddeti tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şeklindedir. Bildirimde bulunmayan sağlık personelinin (164 kişi) % 28,0' ı (46 kişi), başvuru hastanın şiddete uğramış olduğunu net olarak tespit edemediğini belirtmiştir. Sağlık personelinin bildirimde bulunmaktan alıkoyan diğer nedenleri incelediğimizde; % 22,6' sı (37 kişi) çalışma saati dışında güvenliğinden emin olmadığı için bildirimde bulunmadığını belirtirken, % 19,5' i (32 kişi) ASM' de güvenlik ya da polis olmayışını neden olarak göstermiştir. Bildirimde bulunmayan sağlık çalışanlarının % 10,4' ü (17 kişi) adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteğinin olmadığını, % 9,8' i (16 kişi) süreç hakkında bilgi eksikliği olması nedeniyle bildirmediğini, % 2,4' ü (4 kişi) önemli olmadığını düşündüğü için ve yine aynı oranda % 2,4' ü (4 kişi) şiddeti uygulayanın da haklı sebepleri olabileceğini düşündüğü için bildirimde bulunmadığını belirtmiştir.

Tablo 11. AİŞ' i bildirmeyen sağlık personelini bildirimden alıkoyan nedenler.

	Kişi (n)	Yüzde %
Şiddete uğramış olduğunu net olarak tespit edemedim.	46	28,0
Önemli olmadığını düşündüm.	4	2,4
Süreç hakkında bilgi eksikliğimin olması nedeniyle takip edemedim.	16	9,8
Adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteğim olmadı.	17	10,4
ASM' de güvenlik ya da polis bulunmadığı için yardım edemedim.	32	19,5
Çalışma saati dışında güvenliğimizden emin olamadığımız için bildirimde bulunmadım.	37	22,6
Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım.	94	57,3
Şiddeti uygulayanın da kendince haklı sebeplerinin olabileceğini düşündüm.	4	2,4

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.

n: kişilerin birden fazla yanıtlardan biridir.

Tablo 12. AİŞ' i bildirmeyen hekim, ebe ve hemşirelerin, bildirmeme nedenlerinin dağılımı.

Bildirimden alıkoyan nedenler	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Şiddeti net olarak tespit edemedim.	20	43,5	6	13,0	20	43,5	46	100,0	0,824
Önemli olmadığını düşündüm.	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0	0,160
Bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim.	5	31,3	1	6,3	10	62,5	16	100,0	0,398
Adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteğim olmadı.	9	52,9	4	23,5	4	23,5	17	100,0	0,069
ASM' de güvenlik ya da polis bulunmadığı için	12	37,5	5	15,6	15	46,9	32	100,0	0,614
Çalışma saatleri dışında güvenliğimizden emin olamadığımız için	17	45,9	4	10,8	16	43,2	37	100,0	0,875
Şiddete karşı kadınların duyarsızlığı.*	43	45,7	10	10,6	41	43,6	94	100,0	0,584
Şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabilir.	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	100,0	0,484

* Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlardan biridir.

Çalışma grubumuzdaki sağlık çalışanlarından (266 kişi); “ Meslek hayatınız boyunca size herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğunuz kadın hastanız oldu mu? ” sorusuna % 62,0' ı (165 kişi) evet yanıtını vermiştir. Karakola gitmesi için yönlendirenler % 23,0 (38 kişi), Şönim'e yönlendirenler % 7,9 (13 kişi) bulunmuştur. Hiçbir şey yapmadığını belirten % 10,3 (17 kişi), sadece konuşarak telkinde bulunduğunu belirten % 15,2 (25 kişi)' dir. Sağlık çalışanlarından meslek hayatı boyunca, herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastası olan 165 kişinin, % 21,8' i (36 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırlamıştır; % 12,7' si (21 kişi) 155' i arayarak polise haber vermiş, % 23,6' sı (39 kişi) İl Sağlık Müdürlüğe' ne ya da TSM' ye bildirdiğini belirtmiştir (Tablo-13).

Tablo 13. Araştırma grubunun meslek hayatı boyunca herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastasına yaklaşımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aktif Davranış		
Muayene edip sağlık raporu hazırladım	36	21,8
155 arayarak polise haber verdim	21	12,7
Müdürülüğe ya da TSM'ye bildirdim	39	23,6
Sosyal hizmetlere bildirdim	21	12,7
Pasif davranış		
Karakola gitmesi için yönlendirdim	38	23,0
Adli kurumlara başvurması yönünden bilgilendirdim	78	47,3
Şönim'e yönlendirdim	13	7,9
Davranış Yok		
Hiçbir şey yapmadım	17	10,3
Sadece konuşarak telkinde bulundum	25	15,2

*Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlardan biridir.

Sağlık çalışanlarından meslek hayatı boyunca, herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastası olan 165 kişinin içerisinde; muayene edip sağlık raporu hazırlayarak ve/ veya polise haber vererek asıl bildirimde bulunanların oranı toplamda % 26,1 (43 kişi)' dir. Buna karşı % 73,9' unun (122 kişi) bildirimde bulunmadığı görülmüştür. Bildirimde bulunan ve bulunmayanların sosyodemografik özellikleri Tablo-14' de gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırma grubunda AİŞ' e uğradığından şüphe duyduğu hastasını bildiren ve bildirmeyenlerin bazı sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	Bildirimde bulunma durumu*						P
	Evet (n=43)		Hayır (n=122)		Total (n=165)		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Meslek</u>							
Hekim	30	31,9	64	68,1	94	100,0	0,113
Ebe	9	16,4	46	83,6	55	100,0	
Hemşire	4	25,0	12	75,0	16	100,0	
<u>Cinsiyet</u>							
Kadın	25	24,5	77	75,5	102	100,0	0,693
Erkek	18	28,6	45	71,4	63	100,0	
<u>Medeni Durum</u>							
Bekar	6	66,7	3	33,3	9	100,0	0,023
Evli	36	24,8	109	75,2	145	100,0	
Eşi ölmüş	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Eşinden boşanmış	1	11,1	8	88,9	9	100,0	
<u>BB' ta Çalışma Süresi (yıl)</u>							
<5	3	33,3	6	66,7	9	100,0	0,409
6-25	31	23,8	99	76,2	130	100,0	
>25	8	36,4	14	63,6	22	100,0	
<u>Bağlı Bulunan Nüfus</u>							
≤ 2999	2	25,0	6	75,0	8	100,0	0,447
3000-3999	20	22,7	68	77,3	88	100,0	
≥ 4000	21	31,8	45	68,2	66	100,0	
<u>TÖP' larına göre</u>							
< % 50	5	29,4	12	70,6	17	100,0	0,398
% 50 - 79 arası	33	24,3	103	75,7	136	100,0	
≥ % 80	5	41,7	7	58,3	12	100,0	

* Bildirimde bulunmak: Muayene edip adli rapor tutmak ve / veya 155'i arayarak polise haber vermek.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.

n: kişilerin birden fazla yanıtlardan biridir.

Araştırma grubundan, meslek hayatı boyunca herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu ve AİŞ tanısı koyduğu halde bildirimde bulunmayanlara (122 kişi), kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan nedenler sorulmuştur. Buna göre hekim, ebe ve hemşirelerin en sık bildirimde bulunmama nedeni “önemli olmadığını düşünmeleri” yanıtı olmuştur. Önemli olmadığını düşünen 121 kişinin % 52,1’ i (63 kişi) hekimlerden, % 38,0’ i (46 kişi) ebelerden, % 7,3’ ü (3 kişi) ise hemşirelerden oluşmaktadır. Bildirimden alıkoyan nedenler arasında ikinci en çok işaretlenen “Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” yanıtı olmuştur. Bunu işaretleyen 72 kişinin % 52,8’ i (38 kişi) hekim, % 36,1’ i (26 kişi) ebe, % 11,1’ i (8 kişi) hemşiredir. Şiddeti net olarak tespit edemeyen 41 kişiden % 56,1’ i (23 kişi) hekimlerden, % 36,6’ sı (15 kişi) ebelerden, % 7,3’ ü (3 kişi) hemşirelerden oluşmaktadır. Daha az olmakla beraber 3 kişi, şiddeti uygulayanın da kendince haklı sebepleri olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Bunu belirtenlerin tamamı ebedir (Tablo-15). Bildirimden alıkoyan nedenler ile meslekler arasında ki ilişki incelendiğinde hekimler, ebeler ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Cinsiyetlere göre bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebepler Tablo-16’ da gösterilmiştir. Buna göre şiddeti net olarak tespit edemeyenlerin % 61,0’ i, önemli olmadığını düşünenlerin % 63,6’ sı, bilgi eksikliği nedeniyle takip edemeyenlerin % 57,1’ i, adli rapor hazırlanması isteği olmayanların % 42,9’ u, ASM’ de güvenlik ya da polis bulunmadığı için bildirimde bulunmayanların % 57,7’ si, kendi güvenliğinden emin olamayanların % 65,6’ sı, şiddete karşı kadınların duyarsızlığı nedeniyle bildirimde bulunmayanların % 66,0’ ı şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabileceğini belirtenlerin tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Bildirimden alıkoyan nedneler ile cinsiyet arasında ki ilişki incelendiğinde kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 15. AİŞ' den şüphe duyduğu halde bildirimde bulunmayan hekim, ebe ve hemşireleri bildirimde bulunmaktan alıkoyan nedenler.

Bildirimden Alıkoyan Nedenler	Hekim		Hemşire		Ebe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddeti net olarak tespit edemedim.	23	56,1	3	7,3	15	36,6	41	100,0
Önemli olmadığını düşündüm.	63	52,1	12	9,9	46	38,0	121	100,0
Bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim.	8	57,1	1	7,1	5	35,7	14	100,0
Adli rapor hazırlama ve süreci takip etme isteğim olmadı.	11	78,6	1	7,1	2	14,3	14	100,0
ASM' de güvenlik ya da polis bulunmadığı için	16	61,5	1	3,8	9	34,6	26	100,0
Güvenliğimizden emin olamadığımız için	17	53,1	3	9,4	12	37,5	32	100,0
Kadınların şiddete karşı duyarsızlığı*	38	52,8	8	11,1	26	36,1	72	100,0
Şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabilir.	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0

*“Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şeklinde sorulmuştur.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Tablo 16. AİŞ’ den şüphe duyduğu halde bildirmeyenlerin, bildirmeme nedenlerinin cinsiyete göre dağılımları

Bildirimden Alkoyan Nedenler	Kadın		Erkek		Total	
	n	%	n	%	n	%
Şiddeti net olarak tespit edemedim.	25	61,0	16	39,0	41	100,0
Önemli olmadığını düşündüm.	77	63,6	44	9,9	121	100,0
Bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim.	8	57,1	6	42,9	14	100,0
Adli rapor hazırlama ve süreci takip etme isteğim olmadı.	6	42,9	8	57,1	14	100,0
ASM’ de güvenlik ya da polis bulunmadığı için	15	57,7	11	42,3	26	100,0
Güvenliğimizden emin olamadığımız için	21	65,6	11	34,4	32	100,0
Kadınların şiddete karşı duyarsızlığı*	48	66,7	24	33,3	72	100,0
Şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabilir.	3	100,0	0	0,0	3	100,0

*Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şeklinde sorulmuştur.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.
n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Meslek hayatı boyunca AİŞ’ e ugradığı için başvuran kadın hastası olan ve/ veya herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip, AİŞ’ e ugradığından şüphelendiği hastası olduğunu belirten sağlık çalışanlarını (245 kişi) bildirimde bulunmaktan alkoyan nedenler sorgulandığında Tablo-17’ deki veriler elde edilmiştir. Buna göre % 54,3’ ü (133 kişi) şiddeti tespit etseler bile şiddet mağduru ile şiddeti uygulayan bireyin birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sağlık çalışanlarının (245 kişi) % 34,7’ si (85 kişi) şiddeti net olarak tespit edemediklerini, %25,3’ ü (62 kişi) çalışma saatleri dışında güvenliğinden emin olmadığı için bildirimde bulunmadığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının % 24,1’ i (59 kişi) ASM’ de güvenlik ya da polis bulunmadığı için bildirimde bulunmadığını belirtmiştir. Süreç hakkında bilgi eksikliği olması nedeniyle bildiremeyenlerin oranı % 11,0 (27 kişi), adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteği olmadığı

için bildirimde bulunmayanların oranları ise % 11,4 (28 kişi) ‘ dür. Sağlık çalışanlarının % 2,4’ ü (6 kişi) şiddeti uygulayana da haklılık payı verirken, % 1,6’ sı (4 kişi) tespit edilen şiddetin bildirimini önemsiz bulduğunu belirtmiştir (Tablo-17).

Tablo 17. Sağlık çalışanlarının, AİŞ tanısı konan ya da AİŞ’ e uğradığından şüphe duyulan kadın hastayı bildirmeme nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı.

Bildirimden Alıkoyan Nedenler	Kadın		Erkek		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
Şiddeti net olarak tespit edemedim.	49	57,6	36	42,4	85	100,0	
Önemli olmadığını düşündüm.	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim.	18	66,7	9	33,3	27	100,0	
Adli rapor hazırlama ve süreci takip etme isteğim olmadı.	15	53,6	13	46,4	28	100,0	
ASM’ de güvenlik ya da polis bulunmadığı için	37	62,7	22	37,3	59	100,0	
Güvenliğimizden emin olmadığımız için	42	67,7	20	32,3	62	100,0	
Kadınların şiddete karşı duyarsızlığı*	90	67,7	43	32,3	133	100,0	
Şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabilir.	4	66,7	2	33,3	6	100,0	

*Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şeklinde sorulmuştur.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.

n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

Hekim, ebe ve hemşirelerin aile içi şiddet tanısı koyduğu da ya da şiddete uğradığından şüphe duyduğu kadın hastası olduğun da kendisini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep ya da sebepler Tablo-18’ de gösterilmektedir.

Tablo 18. Hekim, ebe ve hemşirelerin AİŞ tanısı konan ya da AİŞ' e uğradığından şüphe duyulan kadın hastayı bildirmeme nedenleri.

Bildirimden alıkoyan sebepler	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Şiddeti net olarak tespit edemedim.	47	55,3	10	11,8	28	32,9	85	100,0	0,461
Önemli olmadığını düşündüm.	3	75,0	1	25,0	0	0	4	100,0	0,241
Bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim.	14	51,9	2	7,4	11	40,7	27	100,0	0,863
Adli rapor hazırlama ve süreci takip etme isteğim olmadı.	18	64,3	4	14,3	6	21,4	28	100,0	0,150
ASM' de güvenlik ya da polis bulunmadığı için	35	59,3	6	10,2	18	30,5	59	100,0	0,355
Güvenliğimizden emin olamadığımız için	34	54,8	5	8,1	23	37,1	62	100,0	0,751
Kadınların şiddete karşı duyarsızlığı*	70	52,6	13	9,8	50	37,6	133	100,0	0,932
Şiddeti uygulayanın haklı sebepleri olabilir.	2	33,3	0	0,0	4	66,7	6	100,0	0,310

*Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şeklinde sorulmuştur.

**Bu soruda birden fazla seçenek yanıtlanmıştır.

n: kişilerin birden fazla yanıtlarından biridir.

“ Ne yapılırsa kendinizi güvende hissedersiniz ve şiddeti kayıt altına alıp bildirirsiniz? “ sorusuna % 68,4’ ü (182 kişi) bizim önerilerimiz arasından “ özel bir **kod** uygulaması ile bu durumu anında müdürlüğe bildirebilmeyi ve orada önceden oluşturulmuş olan bir ekip ile gerekli işlemlerin yapılmasını istemiştir”. Sağlık çalışanlarının % 57,1’ i (152 kişi) çalıştığı yerde yeterli güvenlik önlemlerinin olması, % 53,8’ i (143 kişi) ASM’de durum tespitini tek başına değil, bir ekip (Hekim, Ebe/ Hemşire, psikolog, savcı, sosyal hizmetler uzmanı vb) olarak yapabilmeyi istemiştir.

Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek telefon hat/ hatlar hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo-19’ da verilmektedir.

Tablo 19. Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek telefon hat/ hatlar hakkındaki bilgi düzeyi.

Önerilebilecek Telefon Hatları	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
En az birini bilen	123	50,2	28	11,4	94	38,4	245	92,1	0,025
Hepsini doğru bilen	5	55,6	0	0	4	44,4	9	3,4	
Hiçbirini bilemeyen	1	8,3	4	33,3	7	58,3	12	4,5	
Toplam	129	48,5	32	12	105	39,5	266	100	

Hekim, ebe ve hemşirelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek kurum ve kuruluşlar hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo-20' de verilmektedir.

Tablo 20. Hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/ kadınlara önerilebilecek kurum ve kuruluşlar hakkındaki bilgi düzeyleri.

Önerilebilecek Kurum/ Kuruluşlar	Hekim		Hemşire		Ebe		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
En az birini bilen	113	48,9	27	11,7	91	39,4	231	86,6	0,014
Hepsini doğru bilen	13	59,1	0	0	9	40,9	22	8,3	
Hiçbirini bilemeyen	3	23,1	5	38,5	5	38,5	13	4,9	
Toplam	129	48,5	32	12	105	39,5	266	100	

Çalışmaya katılan hekim, ebe ve hemşirelere; kadına yönelik aile içi şiddeti azaltmak ve önlemek amacıyla hazırladığımız önerilere ne kadar katıldıkları Tablo-21' de belirtilmiştir.

Tablo 21. Araştırma grubunun kadına yönelik aile içi şiddeti önlemek amacıyla yapılabilecekler konusundaki önerilere katılım oranları.

	Kişi (n)	Yüzde (%)
Toplumu eğitime çalışmaları yapılmalı	192	72,5
Birinci basmakta birey ile aileye eğitim vermek ve farkındalık oluşturmak	118	44,4
Yasal yaptırımlar düzenlenmeli ve cezalar artırılmalı	209	78,6
Şiddet mağdurlarının bilinçlenmesi için kamu spotu artırılmalı.	167	63,0
Kadının şiddete maruz kaldığından şüphelendiğimiz durumda, tüm sağlık kuruluşları tarafınca ortak bir özel kod uygulaması ile bu durum kayıt altına alınmalı.	182	68,4
Şiddet olayından haberdar olduğunda bu durumu tespit için sağlık personelinde ayrı bir grup (polis, adliye, sosyal hizmetler, psikolog) görevli olmalı.	184	69,2
Şiddet olayını denetleyen özel bir birim ya da kurum olmalı.	151	56,8
Şiddet uygulayan kişi ile temasa geçecek kişi; tek başına sağlık personeli yerine , bir ekipten oluşmalı.	174	65,4
ASM' lerde sağlık personeli haricinde; güvenlik görevlisi ve psikolog bulundurulmalı	138	51,9
Sağlık kurumlarında güvenlik tedbirleri artırılmalı (ancak bu durumda hekimler rahat müdahale edebilirler).	140	52,6
Şiddet olayı bildiriminde performans puanı uygulaması konmalı.	40	15,0
Diğer...	18	6,8

Tablo-22’ de hekim, hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumları incelenmiştir. Hekim, hemşire ve ebelerin fiziksel belirtilerden en fazla doğru yanıt verdikleri üç özellik sırası ile “Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür” (% 94,7), “Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir” (% 90,2) ve “Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür” (% 76,7) şeklindedir.

Fiziksel belirtilerden en az puan alan özellikler ise; “ Kadında sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismarı düşündürür” (% 33,8), “Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir (% 40,2).

Tablo-23’ de araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumu incelenmiştir. Çalışma grubu sırasıyla “ İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır” (% 88,7), “ İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan çekinirler” (% 88,7), “ Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar düşünülür” (% 77,1) sorularına en fazla doğru yanıt vermiştir.

Duygusal belirtilerden en az puan alan özellikler ise; “İstismar edilen kadınlar yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar (27,4), “Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür (48,5).

Tablo 22. Araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumu (doğru yanıt verenler)

Fiziksel Belirtiler	Kişi (n)	Yüzde (%)
1 Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.	166	62,4
2 Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür	129	48,5
4 Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.	252	94,7
5 Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.	240	90,2
6 Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.	119	44,7
7 Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür	204	76,7
8 Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.	147	55,3
9 Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür	143	53,8
10 Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.	150	56,4
11 Kadında sık tekrarlayan diyare şikayetlerinin olması istismarı düşündürür	90	33,8
25 İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.	189	71,1
27 İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.	177	66,5
28 Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir	107	40,2

Tablo 23. Araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumu (doğru yanıt verenler)

Duygusal Belirtiler	Kişi (n)	Yüzde (%)
3 İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikâyetleri vardır.	195	73,3
12 İstismar edilen kadınların göz göze iletişim kurmaktan çekinirler.	236	88,7
13 İstismar edilen kadınlar sürekli olarak kendilerini ve sorunlarını anlatmazlar.	151	56,8
14 İstismar edilen kadınlar genellikle yüksek ses tonuyla ve agresif bir tarzda konuşmazlar.	132	49,6
15 İstismar edilen kadınlar yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar.	73	27,4
16 İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar.	181	68,0
17 İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır.	236	88,7
18 Dikkat dağınıklığı gözlenen kadınlarda istismar düşünülür.	197	74,1
19 İstismar edilen kadınlar, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanmazlar.	153	57,5
20 İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.	174	65,4
21 Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar düşünülür.	205	77,1
22 İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri sık görülür.	204	76,7
23 İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvuramazlar.	136	51,1
24 Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.	129	48,5
26 Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.	279	54,5
29 Çocuklarında büyüme gelişme geriliği görülen kadınların istismar edildiği düşünülür.	300	58,6
30 Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.	169	63,5
31 İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvuramazlar.	115	43,2

Çalışma grubumuzun tamamını (266 kişi) ele aldığımızda ve toplam ölçek puanlarını incelediğimizde, ortalama $19,3 \pm 4,2$ puan aldıklarını saptadık (maksimum puan 31). Fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması $8,2 \pm 1,9$ puan (maksimum puan 13); duygusal belirtiler alt ölçek puanı ortalaması $11,1 \pm 2,9$ puan (maksimum puan 18) bulunmuştur (Tablo-24).

Tablo 24. Araştırma grubunun toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının ortalaması.

	Ortalama \pm ss	Medyan (min- maks)
Toplam ölçek puanı	$19,3 \pm 4,2$	20 (0 -27)
Fiziksel belirtiler alt ölçek puanı	$8,2 \pm 1,9$	8 (0 - 12)
Duygusal belirtiler alt ölçek puanı	$11,1 \pm 2,9$	11 (0 - 18)

Tablo 25. Araştırma grubunun mesleklerine göre toplam ve alt ölçek puan ortalamaları.

		ortalama \pm ss	medyan (min- maks)	p
Toplam ölçek puanı	Hekim	$19,9 \pm 3,6$	20 (6 - 27)	p>0,005
	Hemşire	$18,9 \pm 5,7$	20 (0 - 25)	
	Ebe	$18,6 \pm 4,3$	19 (0 - 27)	
Fiziksel belirtiler alt ölçek puanı	Hekim	$8,4 \pm 1,7$	9 (2 - 12)	
	Hemşire	$7,8 \pm 2,4$	8 (0 - 12)	
	Ebe	$8,0 \pm 1,6$	8 (0 - 11)	
Duygusal belirtiler alt ölçek puanı	Hekim	$11,5 \pm 2,5$	12 (4 - 18)	
	Hemşire	$11,1 \pm 3,7$	12 (0 - 16)	
	Ebe	$10,6 \pm 3,2$	11 (0 - 17)	

Toplam ölçek puanlarını hekim, hemşire ve ebeler arasında karşılaştırdığımızda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,005$) (Tablo-25).

Toplam ölçek puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,005$) (Tablo-26).

Tablo 26. Araştırma grubunun cinsiyetlere göre toplam ve alt ölçek puan ortalamaları.

		ortalama \pm std.sapma	medyan (min-maks)	P
Toplam ölçek puanı	kadın	19,2 \pm 4,4	20 (0 - 27)	p>0,005
	erkek	19,6 \pm 3,9	20 (6 - 25)	
Fiziksel belirtiler alt ölçek puanı	kadın	8,3 \pm 1,9	8 (0 - 12)	
	erkek	8,1 \pm 1,8	8 (2 - 11)	
Duygusal belirtiler alt ölçek puanı	kadın	10,9 \pm 3,1	11 (0 - 18)	
	erkek	11,4 \pm 2,7	12 (4 - 16)	

Araştırma grubunun toplam ölçek puanları ile birinci basamaktaki çalışma süreleri arasında ki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Toplam ölçek puanları ile araştırma grubundaki kişilerin yaşları karşılaştırıldığında 29 yaş ve altı ile 30-45 yaş arası katılımcıların toplam ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo-27).

Tablo 27. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre toplam ölçek puanları.

Yaş	Toplam Ölçek Puanı		P
	Ortalama \pm ss	Medyan (min-maks)	
\leq 29	23,2 \pm 2,6	23 (20 - 27)	0,048
30- 45	19,2 \pm 4,7	20 (0 - 27)	
\geq 46	19,8 \pm 3,6	20 (6 - 25)	

Tablo 28. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre TÖP' ları

Bazı Sosyo- demografik Özellikler	Toplam Ölçek Puanı (TÖP)								P
	< % 50		% 50-79		≥ % 80		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<u>Bağlı bulunan nüfus</u>									
≤ 2999	0	0,0	13	86,7	2	13,3	15	100,0	0,375
3000-3999	22	15,0	112	76,2	13	8,8	147	100,0	
≥ 4000	16	17,4	71	77,2	5	5,4	92	100,0	
<u>Medeni durum</u>									
Bekar	0	0,0	13	86,7	2	13,3	15	100,0	0,483
Evli	38	16,0	181	76,4	18	7,6	237	100,0	
Eşi ölmüş	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0	
Eşinden boşanmış	1	8,3	11	91,7	0	0,0	12	100,0	
<u>BB' ta Çalışma Süresi (yıl)</u>									
<5	3	15,8	13	68,4	3	15,8	19	100,0	0,628
6-25	31	15,0	160	77,3	16	7,7	207	100,0	
>25	5	16,7	24	80,0	1	3,3	30	100,0	

Çalışma grubumuzdaki hekim, ebe ve hemşirelerin, AİŞ' e uğradığından şüphe duyduğu kadın hastasına karşı tutumları incelendiğinde bidirimde bulunurum diye belirtenlerin (105 kişi) TÖP' larına bakıldığında % 91,4' nün (96 kişi) ≥ % 50 puanın aldığını görülmüştür. Bunlardan % 8,6' sının (9 kişi) ise TÖP' dan yetersiz puan alarak < % 50' nin altında kaldığı görülmüştür.

Meslek hayatı boyunca herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip, AİŞ' e uğradığından şüphe duyduğu kadın hastasına karşı; aktif davranış, pasif davranış ya da

bir davranışta bulunmamak arasındaki seçeneklerden tek birine cevap verenlerin (90 kişi) TÖP' ları incelendi. TÖP' ına göre (\geq % 50 puan) kısmen yeterli ve yeterli puan alanların % 33,3' ünün (30 kişi) pasif davranış göstermekte olduğu, % 27,7' sinin (25 kişi) hiçbir şey yapmadığını, %18,9 unun (17 kişi) aktif davranışta bulunduğu tespit edildi (Tablo 29).

Tablo 29. Hekim, ebe ve hemşirelerin KYAIŞ şüphesi ile gelen kadın hastasına karşı yaklaşımlarının TÖP ile karşılaştırılması.

Davranış Şekli	Toplam ölçek puanı (TÖP)					
	< % 50		\geq % 50		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aktif Davranış	6	26,1	17	73,9	23	100,0
Pasif davranış	9	23,1	30	76,9	39	100,0
Davranış yok	3	10,7	25	89,3	28	100,0

Sağlık çalışanlarının TÖP' larına göre, KYAIŞ' e yönelik davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Çalışma grubumuzda ki hekimleri incelediğimizde, % 32,6' sının (42 kişi) kadın olduğunu ve % 64,4' ünün (87 kişi) erkek olduğu görülmüştü. Bunlardan kadınların % 95,2' sinin (40 kişi) TÖP' larının \geq % 50 puanın üzerinde aldığını, % 4,8' nin (2 kişi) < % 50' nin altında puan aldığı görülmüştür. Erkeklerden de % 85,1' inin (74 kişi) TÖP' larının \geq % 50 puanın üzerinde olduğu, % 14,9' unun (13 kişi) yetersiz puan alarak < % 50' nin altında kaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda ki hekimlerden, kadın olanların AİŞ' uğradığı için başvuran kadın hastası için bildirimde bulunacağını belirtenlerin TÖP' larına baktığımızda, % 90,5' nin (19 kişi) \geq % 50 puanın üzerinde aldığı görülmüştür. Erkeklerin ise % 80,0' i (28 kişi) \geq % 50 puanın üzerinde aldığı görülmüştür.

Başka bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurup AİŞ' ten şüphelenen kadın hekimlerin, kadın hastası için bildirimde bulunacağını belirtenlerin TÖP' larına baktığımızda, tamamının (14 kişi) \geq % 50 puanın üzerinde aldığı görülmüştür. Erkek hekimlerden % 81,25' i (13 kişi) TÖP değerlendirilmesinde \geq % 50 puanın aldığı görülmüştür.

Araştırmamızdaki hekimlerden cinsiyetini belirtenler arasından (127 kişi) % 62.4 (53/127 kişi)' nin duygusal alt ölçek puanı kısmen yeterli olarak bulunmuştur. Buna karşın kadınlar duygusal belirtileri bilmede % 37.6 oranıyla erkeklere göre daha az sayıda (32/ 127 kişi) olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu araştırma temel olarak üç soruya yanıt aramıştır: Birincisi, hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik aile içi şiddete tanı koyup koyamadığı; ikincisi, tanı koyabiliyorlarsa ya da kadın zaten bu yakınma ile başvurduysa, bu olguları bildirip bildirmedikleri ve son olarak da bildirmeyenlerin bildirmeme nedenleridir. Bu durumda tartışmamız da bu üç ana başlık altında olacaktır.

Çalışmamızın birinci aşamasında hekim, hemşire ve ebelerin kadına yönelik aile içi şiddetin (KYAİŞ) belirtilerini tanıma durumları HEHKYSBTY ölçek formu ile incelenmiş ve yaklaşık üçte ikisinin (% 62,3) kadına yönelik şiddet bulgularını tanıma bilgilerinin “kısmen yeterli” olduğu görülmüştür. Fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması ve duygusal belirtiler alt ölçek puanı ortalaması incelendiğinde de yine hekim ebe ve hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi “kısmen yeterli” olarak değerlendirilmiştir (Toplam ölçek ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin % 50–79’ unu doğru bilenler “kısmen yeterli” olarak sınıflandırılmıştı). Hekim ve aile sağlığı elemanlarının toplam ölçek puanları ve fiziksel-duygusal alt ölçek puanları incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,005$). Hekimlerin daha fazla eğitim alıyor olması ve yasal yaptırımların hekimlere daha fazla sorumluluk yüklemesi nedeniyle hekimlerin, kadına yönelik şiddetin belirtilerini daha yüksek oranda bilmelerini bekliyorduk. Ancak hekimler ile aile sağlığı elemanları arasında kadına yönelik aile içi şiddet bulgularını tanıma açısından bilgi farkı olmadığını gördük. Aba’nın (1999) çalışması da hekim, hemşire ve ebelerin kendilerine başvuran kadınlarda şiddeti tanıma ve ele almada yetersiz donanıma sahip olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada aile içi şiddetin toplumda sık rastlanılan bir sorun olmasına rağmen diğer kronik hastalıklar kadar kolay tanınmadığı belirtilmektedir (88). Aile içi şiddet vakalarının tanımlanması, tedavisi ve rehabilitasyonunda sağlık çalışanlarının önemli görevleri bulunmaktadır.

Araştırma grubunda yeralan hekimlerin üçte biri (42/129 kişi), hemşirelerin (30/32 kişi) ve ebelerin (103/105 kişi) neredeyse tamamı kadındı. Çalışmamızda tüm

sağlık çalışanlarının, cinsiyetlere göre TÖP' larının incelenmesi sonucunda, kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak bu grup içinde sadece hekimler ele alındığında; kadın hekimlerin neredeyse tamamının (40 kişi), erkek hekimlerinse % 85' inin (74 kişi) TÖP' larının \geq % 50 puan olduğu görülmüştür.

Kadın hekimlerin AİŞ'e daha duyarlı olacaklarını dolayısıyla TÖP' larının daha yüksek çıkabileceği beklenen sonuçlar arasındadır.

Araştırma grubundaki kişilerin yaşları ile TÖP' ları karşılaştırıldığında, 29 yaş ve altı ile 30-45 yaş arası katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Daha genç olup mesleğe yeni başlamış olanların bilgi tazeliği ve tanı koyma hevesleri KYAİŞ' i tanıma konusunda da etkili olmuş olabilir. Sarıbiyık ve Yayla'nın araştırmalarında da aynı ölçek kullanılmış ancak her iki araştırmada da, TÖP' ları ile araştırma grubundaki kişilerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının en temel özelliği biyopsikososyal yaklaşımı ilke edinmiş olmalarıdır. Kadına yönelik şiddet gibi hem sağlık sorunu, hem de sosyal bir boyutu olan durumlarda birinci basamakta görev yapmanın ayrıcalığı vardır. Bu nedenle biz çalışma grubumuza meslekteki görev sürelerini değil birinci basamakta ki görev sürelerini sorduk. Çalışma grubumuzun ortalama çalışma süresi $17,04 \pm 7,28$ 'dir. Birinci basamakta daha uzun çalışanların deneyim ve mesleki donanım, bilgi birikimi açısından daha iyi olabilecekleri düşünülmüştür. Ancak araştırmamızda, sağlık çalışanlarının toplam ölçek puanları ile birinci basamaktaki çalışma süreleri arasında ki ilişki incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bunun nedeni, tükenmişlik hissi, eğitim eksiklikleri, bilgi azlığı, son yıllarda gittikçe artan oranda rastladığımız sağlık personeline yönelik şiddet olabilir (89,90).

Araştırma grubunun görev yaptıkları bölgede kendilerine bağlı bulunan nüfus sayısına göre dağılımlarına baktığımızda; % 60' a yakınının nüfusu 3000-3999

arasında olduğu görülmüştür. Aile hekimliği kanunu madde 5' te “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.”denilmektedir (91). Buna karşın çalışmamızda 4000 ve üzeri nüfusu olan üçte bir den daha fazla sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bunların yarısından fazlası (% 60) hekimlerden oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının nüfusları ile TÖP' ları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yine araştırma grubunun medeni durumları ile TÖP' ları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna göre sağlık çalışanlarının medeni durumu ve hizmet verdiği nüfusun yoğunluğunun KYAİŞ' i tanıma konusunda etkili olmadığını görülmüştür.

Sarıbıyık (2012) ve Yayla'nın (2009) araştırmalarında HEHKYSBT yönelik puan ortalamaları bizim araştırmamıza benzerdir ($18,6\pm 3,7$ ve $18,83\pm 3,38$). Ancak bu iki araştırmada, bizim araştırmamızdan farklı olarak hekim, ebe ve hemşireler arasında alt ölçek ve toplam ölçek puanında anlamlı fark saptamıştır. Hekimler daha yüksek duygusal puan ortalamasına sahip bulunmuştur ($p<0.05$) (1,92).

Yayla (2009) çalışmasında HEHKYSBT yönelik toplam ölçek puan ortalamasını 18.83 ± 3.38 olarak bulmuştur (92). Sarıbıyık ise HEHKYSBT yönelik toplam ölçek puan ortalamasını $18,6\pm 3,7$ olarak bulmuştur (1). Kıyak (2008) çalışmasında HEHKYSBT yönelik toplam ölçek puan ortalamasını $17,07\pm 3,40$ olarak bulmuştur (98). Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) hemşire ve ebeler üzerine yaptıkları çalışmada toplam ölçek puan ortalaması $18,38\pm 5,23$ olarak bulunmuştur (99).

Sonuçlar, HEHKYSBT' a yönelik TÖP' ları “kısmen yeterli” sonucu ile benzer özelliktedir (1,92,98,99).

Araştırma grubumuzun kadına yönelik aile içi şiddetin fiziksel belirtilerini bilme durumu incelenmiştir. Burada hekim, ebe ve hemşirelerin en fazla doğru yanıt verdikleri üç özellik sırası ile; % 94,7 oranıyla “Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve

yaralar istismarı düşündürür”; % 90,2 oranıyla “Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir” ve % 76,7 ile “Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür” şeklindedir.

Fiziksel belirtilerden en az puan alan özellikler ise; “ Kadında sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismarı düşündürür” (% 33,8) ve “Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir (% 40,2).

Araştırma grubunun kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini bilme durumu incelenmiştir. Burada da hekim ve ASE’ler sırasıyla; “ İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır” (% 88,7), “ İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan çekinirler” (% 88,7), “ Uykusuzluktan şikâyet eden kadınlarda istismar düşünülür” (% 77,1) sorularına en fazla doğru yanıt vermiştir.

Duygusal belirtilerden en az puan alan yanıtlar ise; “İstismar edilen kadınlar yasadıklarını, tüm ayrıntılarıyla anlatmazlar (4,27). “Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür (5,48).

Sarıbıyık’ ın (2012) çalışmasına göre; hekim, hemşire ve ebeler, fiziksel belirtilerden en fazla şu üç özelliğe sırasıyla doğru yanıt vermişlerdir. “Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür” (% 86,5), “Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismar edildiğini gösterir” ve “Kadınlarda sık tekrarlayan diyare şikâyetlerinin olması istismar belirtisi değildir” (% 68,9) şeklindedir. En az puan alan özellikler ise; “gözde şiddetli irritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülmez” (%45,1), “ nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisi değildir.” (%49,6). Duygusal belirtilerden; en çok doğru yanıt alan soru “istismar edilen kadının donuk bir yüz ifadesi vardır” (% 83,0) olmuş, onu %78,1 ile “istismar edilen kadın göz iletişimi kurmaktan kaçınır” yanıtı izlemiştir. En az doğru yanıt verilen ise “sık sık evini terk eden kadınların istismar edildiği düşünülmez” olmuştur (% 16,0) (1). Yayla (2009) çalışmasında “kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür” maddesine fiziksel şiddet

belirtileri arasında en yüksek oranda (% 91,6) doğru olarak yanıtın verildiğini saptamıştır. Yine aynı çalışmada "İstismar edilen kadınlar göz göze iletişim kurmaktan kaçınırlar" maddesine duygusal şiddet belirtileri arasında en yüksek (% 87,7) oranda doğru yanıtlandığı görülmüştür. Doğru yanıt verilen diğer duygusal belirtiler ise, "İstismar edilen kadınların donuk bir yüz ifadesi vardır" % 86,8 oranında, "İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri sık görülür" % 75,0 oranında, "İstismar edilen kadınlar genellikle bir şey olmamış gibi davranırlar" % 67,0 oranındadır. Duygusal şiddet belirtileri arasında en düşük "Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür" (% 11,8) doğru yanıt verildiğini şeklindedir (92). Çalışmalar çalışmamızla benzer özellik göstermektedir.

Kadına yönelik aile içi şiddetin belirtilerini sağlık çalışanlarının ve özellikle de hekimlerin yeteri kadar tanıyamamaları bir çok nedene bağlanabilir. Bu konuda mezuniyet öncesi verilen eğitimin yetersizliği en önemli nedenlerden biri olabilir. Çünkü hem 6 yıllık tıp eğitiminde hem de uzmanlık eğitimi süresince KYAİŞ konusuna yer verilmemektedir. Buna karşılık mezuniyet sonrası eğitimlerde aile içi şiddet konusu yetersiz hatta yok denilebilecek düzeyde işlenmektedir. Şiddet, hekimlerin kişisel ilgi alanına bırakılmış olup bazı anabilim dallarından (adli tıp, halk sağlığı, aile hekimliği g.b.) ilgilenen hekimler hariç diğer branşların çoğu bu konunun önemini farkında bile değildir. Aba (1999) çalışmasında, sağlık profesyonellerinin yalnızca % 44,7' sinin şiddeti tanıma, değerlendirme, tedavi etme ve önlemeye yönelik mezuniyet öncesi eğitim aldıklarını bulmuştur. Buna ek olarak % 52,3' ü şiddetin tanınması ve yaklaşımlara yönelik eğitim almak istediklerini ifade etmişlerdir (88). Baysan'ın (2003) çalışmasında hemşire ve ebelerin % 66,9' nun bilgi almaya gereksinimi olduğu bulmuştur (93).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009 yılında koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri bünyesinde "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Programı" nı yürütme kararı almıştır. "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi" konulu protokol kapsamında sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda

duyarlılıklarının artırılması, bilgi ve beceri kazandırılması için eğitim çalışmaları başlatmıştır. Aynı zamanda ulusal veri tabanı oluşturulması amacıyla “ KYAİŞ Tarama Formu” ve “ KYAİŞ Kayıt Formu” hazırlanmıştır (Ek-4, Ek-5). Sonuçta tüm bu çalışmalarla aile içi şiddetle mücadelenin sağlık teşkilatının rutin sağlık hizmetleri içinde yer alması sağlanılmaya çalışılmıştır (36). Denizli ilinde çalışan sağlık çalışanlarına 2010 yılında bu eğitim verildiği için çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının KYAİŞ durumuna karşı çokta yabancı olmadıkları düşünülmektedir (94).

Tıbbın ve özellikle de aile hekimliğinin biyopsikososyal ilkesi oturtulamamış bir sistemde kadına yönelik aile içi şiddet tam olarak anlaşılammamaktadır. Birçok kişi tarafından fiziksel şiddet olmadığı zaman şiddet akla gelmemektedir. Beden algısında bozukluğa neden olabilecek vücut bütünlüğüne zarar veren davranışa gelene kadar şiddetin birçok ön belirtisi ve çeşitleri gözardı edilmektedir. Bu davranış hem şiddeti uygulayanlar, hem şiddet mağdurları, hem de şiddeti gören üçüncü kişiler, tespit edenler, tanısını koyanlar tarafından böyle kabul edilmektedir. Sözel ve emosyonel şiddet gözardı edilmektedir (95- 99).

Araştırma grubunun neredeyse % 90' ı (237/266 kişi) meslek hayatı boyunca, aile içi şiddete uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin ise neredeyse tamamına yakını (124/129) meslek hayatı boyunca, aile içi şiddete uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtmiştir.

Yayla (2009) çalışmasında ebe ve hemşirelerin % 70' e yakını, hekimlerin ise % 90' a yakın bir kısmı kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarını bildirmiştir (92). Arabacı ve Uysal' ın (2008) çalışmasında sağlık çalışanlarının % 66,7'si çalışma yaşamları boyunca en az bir kez AİŞ olayı ile karşılaştıklarını bildirmiştir (100). Sarıbiyık' ın (2012) çalışmasında ise yaşamı boyunca en az bir kez kadına yönelik şiddet ile karşılaştığını ifade eden sağlık personelinin oranı % 71,3 bulunmuştur. Yine aynı çalışma da hekimlerin % 74,3' ü, hemşirelerin % 73,2' i ve ebelerin % 67,5'i

kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaştığını bildirmiştir (1). Aba' nın (1999) çalışmasında ise şiddet vakalarıyla karşılaşan hekim, hemşire ve ebelerin oranı % 65,7' dir (88).

“Meslek hayatınız boyunca AİŞ’ e uğradığı için size başvuran kadın hasta oldu mu?” sorusuna evet yanıtı verenlerin neredeyse % 81’ i 6-25 yıldır birinci basamakta çalışmakta, % 13 kadarı 26 ve daha fazla yıldır ve % 7 kadarı ise 5 yıl ve daha az süredir birinci basamakta çalışmaktadır (bu oranlar birinci basamakta çalışma süresini belirtenler üzerinden hesaplanmıştır). Çalışma süresini mesleki tecrübe olarak algılayacak olursak; 5 yıldan az çalışanların, AİŞ nedeniyle başvuran hasta sayısının daha az olması olağandır. Buna karşın 26 yıldan daha fazla çalışanlarda oranın düşük çıkma sebebi, tükenmişlik sendromu ya da daha önce tutanak tutmuş ancak şiddete maruz kalmış olma gibi nedenler olabilir.

Kendilerine bağlı bulunan nüfusa göre; AİŞ nedenli kadın hastası olanları incelediğimizde, yarıdan fazlasının 3000-3999 arası nüfusu vardı, üçte birinden fazlası 4000 ve üzeri, % 6’ sının 2999 ve altında nüfusu olduğu görülmüştür. Burada nüfus arttıkça AİŞ nedeniyle başvuran kadın hasta sayısının artmasını bekledik ancak çalışma grubunun sahip olduğu nüfusun yoğunluğu ile AİŞ’ e maruz kaldığı için başvuran kadın hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

“Son bir yılda aile içi şiddete maruz kaldığı için başvuran kadın hastanız oldu mu?” sorusuna cevap verenlerin % 60’ dan fazlası başvuru aldığını, bunların büyük bir çoğunluğu 1-3 kez başvuru aldığını belirtmiştir. Bu durumda bu soruya yanıt verenlerin % 40’ a yakını (102/266 kişi) hiç başvuru olmadığını belirtmiştir. Sonuç olarak, AİŞ’e maruz kaldığı için başvuranların sayısının oldukça fazla olduğu görülmektedir.

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır. Türkiye genelinde kadına yönelik şiddetin ortaya konduğu ilk geniş çaplı araştırma, bir kamu oyu araştırma şirketi olan PİAR tarafından 1988’de yapılmış ve çalışmada kadınların % 75’ nin eşlerinden şiddet gördüğünü ortaya koymuştur (103).

Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda çalışma yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet ile karşılaşan sağlık çalışanlarının oranı % 66,0 civarında bulunmuştur. Bizim araştırmamızda bu oranın % 90'larda olmasının nedeninin günümüze kadar geçen sürede KYAİŞ' e karşı hem dikkatlerin hem de hassasiyetin artmış olması olabilir. Ayrıca KYAİŞ' e ilişkin hizmet içi eğitim sayısının ve öneminin de gün geçtikçe artıyor olması bunu olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Başbakanlığın 2006/17 sayılı genelgesi kapsamında; şiddete maruz kalan ve risk altında olan kadınlara sunulan sağlık hizmetleri prosedürlerinin belirlenmesi ve buna uygun olarak eğitim programlarının düzenlenmesi amacıyla, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliğiyle hazırlanan "*Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Protokolü*" 3 Ocak 2008 tarihinde imzalanmıştır. Uygulanacak bu protokol kapsamında gerçekleştirilecek eğitim programlarında öncelikle 500 eğiticinin yetiştirilmesi, ardından da sahada çalışan 75.000 sağlık personeline ulaşılması hedeflenmiştir. Bu hedeflenen eğitimler sonucunda doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede duyarlılığının artırılması; mesleki beceri ve eğitim formasyonunun geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu eğitimlerin verilebilmesi için ilk başta 81 İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulacak 500 eğiticinin yetiştirilmesine yönelik, 12 ilde düzenlenecek eğitimlerde "toplumsal cinsiyet eşitliği, şiddetin tanımı ve türleri, şiddet olgusu, şiddetle ilgili mitler, sağlık personelinin şiddet konusundaki inançları, tutumları, mağdura hizmet götürmede ve genel olarak şiddetin önlenmesindeki rolü, aile içi şiddetle ilgili olarak sağlık sektöründe çalışanların sunacağı hizmetler ve yapacağı idari işlemler, şiddetle ilgili mevzuat, diğer kurum-kuruluşlarla işbirliği" konularında eğitimler verilmesi planlanmıştır. Bu çerçevede; Haziran 2008'de, Ankara'da başlatılan bahse konu eğitici eğitimleri, Kasım 2008 itibariyle tamamlanmış, 424 eğiticinin eğitimi gerçekleştirilmiştir. Son aşamada il düzeyinde, hastanelerde ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda çalışan sağlık personelinin eğitimine Ocak 2009 itibariyle, eğitici olarak yetiştirilen eğitim ekipleri tarafından başlanmıştır. Yine sağlık alanında ki

bu gelişmelere ek 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi'nde yer alan öneriler doğrultusunda, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü arasında düzenlenen ve söz konusu eğitimin işbirliği esaslarını belirleyen *"Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesinde Polisin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Projesi Protokolü,"* 26.12.2006 tarihinde imzalanmıştır. Bu Proje kapsamında, "kadına karşı şiddet, aile içi şiddet, toplumsal cinsiyet eşitliği eğitimi, şiddete maruz kalan kadınlara yaklaşım tarzı, 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve diğer ilgili kanunların uygulanması" konularında farkındalık ve duyarlılığı artırmak amacıyla 40.400 Emniyet Teşkilatı personeline eğitim verilmesi planlanmıştır (104).

Bunlara ilave 28519 sayılı, 5 Ocak 2013 tarihli resmi gazetedede yayınlanan "Kadın Konukevlerinin Açılması Ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik" te belirtildiğine göre belediyelere, il özel idarelerine ve sivil toplum kuruluşlarına ait kadın konukevlerinin açılışı, işleyişi, hizmetin çeşit ve niteliği, denetimi, kurumlar arası işbirliği ile çalışanların görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları belirlenmiştir (105).

Araştırmamızda hekim, ebe ve hemşirelere, kendilerine bildirilen şiddeti tarif etmelerini istediğimizde; % 80' e yakını tokat-yumruk gibi fiziksel şiddeti, yarıdan fazlası küfür-hakaret- tükürme, % 46' sı tehdit baskı, % 13,9 cinsel taciz ve tecavüz, % 10 civarı aletle saldırı, % 4,6' sı diğer cevabını vermişlerdir.

Türkiye'de aile içi şiddet hakkında detaylı bilgi ve veri sağlayan çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Kadınların aile üyeleri tarafından üçte biri ile yarısı arasında değişen oranlarda, fiziksel olarak mağdur edildiği tahmin edilmektedir. Aile Araştırma Kurumu tarafından 1997'de yapılan ülke genelini kapsayan çalışmada ise, evli ve/veya başından evlilik geçen kadınların % 3,3' ünün eşleri ile sık sık kavgaya varan tartışmalar yaptıkları, % 10,1' inin eşlerinden sık sık ya da ara sıra fiziksel şiddet gördükleri ve % 12,3' ünün hakarete uğradıkları bildirilmektedir (106).

Dünya Sağlık Örgütü “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çalışması” (2005)’ na göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13,0 - 61,0 arasında değişmektedir. Bu çalışmada kadınların en sıklıkla eşlerinin tokatlaması şeklinde fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı % 6,0 - 59,0 arasında bulunmuştur (107). Erbaydar tarafından 2008’de Ankara’da yapılan araştırmada ayrıca kadınlara eşleri tarafından yumruklanma, tekmelenme, yerde sürüklenme ve silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı % 4,0 – 49,0 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (108).

TÜİK’in 2008 yılı “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” nda yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet yaygınlığı % 39,3, duygusal şiddet yaygınlığı % 43,9 (en sık hakaret ve küfür), cinsel şiddet yaygınlığı % 15,3 bulunmuştur. Yine aynı yayında ekonomik şiddet veya istismar; çalışmaya engel olma % 23,4, ev ihtiyaçları için para vermeme % 8,1, gelirini elinden alma %3,9 bulunmuştur (109).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’ nün HNEE 2015 yılı “Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması” nda kadının yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet yaygınlığı % 36,0, cinsel şiddet yaygınlığı % 12, duygusal şiddet yaygınlığı % 44,0, ekonomik şiddet yaygınlığı % 30,0 bulunmuştur (81).

Altınay ve Arat ‘ın (2007) çalışmalarında, kadınların % 14,0’ ü cinsel ilişkiye zorlandığını, cinsel şiddete uğrayanlardan % 67,0’ si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Yine aynı çalışmada Türkiye, Doğu ve Orta/Batı bölgeleri olarak değerlendirildiğinde; Doğu bölgelerindeki kadınların % 14,0’ ü, Orta/Batı bölgelerindeki kadınların % 14,0’ ü cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (16). Bizim çalışmamızdaki tanı konulan şiddet türleri arasında cinsel taciz ve tecavüz oranı % 13,9 bulunmuştur ve bu oran Altınay ve Arat’ ın araştırmasında ki sonuca çok yakındır.

Adalet Bakanlığı’ nın 2002’ de yaptığı bir çalışmada aile içi şiddete bağlı ciddi yaralanma riski tüm yaşam boyunca kadınlarda % 9,0, yine tüm yaşam boyunca

kadınlarda aile içi şiddet kökenli herhangi bir tip yaralanma riskinin % 22,0 olduğu tahmin edilmiştir (110).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, Aile İçi Şiddet Araştırmasına (2008)' e göre ülke genelinde yaşamın her hangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı % 39,0' dur. Her 10 kadından biri son 12 ay içinde fiziksel şiddet yaşamıştır (78). Mor Çatı'nın 1990-1996 yıllarında yapmış olduğu çalışmada; 1259 kadından % 88,2' sinin şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Bu kadınların % 68,0' inin de eşleri tarafından dövüldüğü gösterilmiştir (111). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1997 yılında yaptığı bir araştırmada ailelerin % 34,0' ünde fiziksel şiddet olduğu ve kadınların hemen her yaş grubunda şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Yine Kadın Dayanışma Vakfı' nın 1996 araştırmasında kadınların sadece % 3,0' ünün eşlerinden şiddet görmedikleri ifade edilmiştir. Çalışmada kadınların % 21,0' i kocası tarafından tehdit edildiğini, % 15,0' i hastanelik olana kadar dövüldüğünü, % 8,0' i kesici-delici aletlerle tehdit edildiğini, % 12,0' si kocası tarafından sürekli tehdit edildiğini, % 41,0' i eşlerinin kendilerini aşağıladığını ve % 12,0' si de eşlerinin bazen kötü davrandığını ifade etmişlerdir (111).

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarla ilgili önemli bir bulgu da bu grubun yalnızlığıdır. Eşinden fiziksel şiddet gören kadınların yarısı bu durumdan daha önce kimseye bahsetmediklerini ifade etmektedirler. Bu gruptaki kadınlar, yaşadıkları şiddeti anlatmaktan utandıkları, kendilerini suçladıkları, kocalarını korumak istedikleri veya destek bulamayacaklarını düşündükleri için şiddet deneyimlerini paylaşmamışlardır. Sebep ne olursa olsun dayak mağdurları hem bireysel hem de kurumsal destekten yoksun kalmaktadırlar (16).

Kadına yönelik şiddetle ilgili araştırmalar, kadınların yaşadıkları şiddeti kolay ifade edemediklerini ortaya koymaktadır. Bazı kadınlar bir kez şiddetle karşı karşıya kaldıklarında yardıma başvururken, bazıları da sürekli şiddetle karşı karşıya kalsalar bile aynı koşullarda yaşamaya devam etmektedirler (16). Şiddete maruz kalan kadın uğradığı şiddeti başkalarına anlatmaktan çekinmekte, durumun başkaları tarafından

bilinmesini istememektedir. Şiddetin açığa vurulması halinde de genellikle şiddet mağduruna yardım etmek yerine, “ kol kırılır, yen içinde kalır” anlayışıyla aile birliğinin devam etmesi adına sessiz kalması tavsiye edilmektedir ya da kadın suçlanmaktadır (88, 112). Bir kamuoyu araştırmasına göre Türkiye’ de kadınların % 22,0’ sinin eşlerinin fiziksel şiddetine maruz kaldığı, şiddete maruz kalan kadınların % 45,0’ i şiddet karşısında hiç bir şey yapmadığı saptanmıştır (113).

Çalışmaların bir diğer sonucu ise cinsel ya da fiziksel şiddete uğramış kadınların sadece % 8,0’ inin herhangi bir kurum, sivil toplum örgütü ya da başka bir kuruma başvurduğunu göstermektedir (114). Isparta ilinde yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların % 41,7’ si emniyet güçlerine, % 6,7’ si komşu ve akrabalara, sadece % 2,2’ si sağlık kuruluşlarına başvurduğunu göstermiştir (115).

Şiddetin normalleştirilmesi özellikle fiziksel olmayan şiddetin (sözel ve emosyonel şiddetin) şiddetin normalleştirilmesi çok önemli bir sorundur. Toplumsal algısının yetersiz olması nedeniyle fiziksel olmayan yani sözel ya da duygusal şiddetin algılanmasında çok büyük zorluklar vardır ve bu konuları araştırmak da zordur. Şiddetin nedenlerine yönelik ve şiddete uğrayan kadınların erken tanısı, koruma, bildirim ve rehabilitasyonu konusundaki (“Bu konuda neler yapılıyor; neler yapılamıyor; neden yapılamıyor?” sorularına yanıt arayan) araştırma sayısı hem ülkemizde hem de dünyada azdır. Adli vaka olarak adliye kayıtlarına geçen şiddet olayları ise çok az sayıdadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet konusundaki raporların genelde gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. Çünkü kadınlar sorunu gizlemekte, şiddeti dile getirmekten çekinmektedir. Yakınları tarafından yargılanma korkusu ve dışlanma endişesi nedeniyle maruz kalınan şiddeti dile getirmemektedirler. Bu nedenlerden dolayıdır ki aile içi şiddet olguları rapor tutulan olgular içinde küçük bir yer kapsamaktadır. Şiddetin evde gizli tutulması ve şiddete uğrayan kadının her hangi bir yasal merciye başvuru yapmaması, aile içinde yaşanan şiddetin gözden kaçmasına ve bu konuda sessiz kalınmasına neden olmaktadır. Travmatik etken aile içinden geldiğinde şiddetin kabuledilebilirliği artmaktadır. Ayrıca kadına yönelik şiddet kayıtları düzenli

tutulmamaktadır. Mevcut istatistikler bile sonucun bir felaket olduğunu ortaya koymaktadır (116).

Dünyada cinsel istismar mağdurlarının adli makamlara başvuru oranı çok düşüktür. Bu durumun nedeni, mağdurun genellikle en yakın çevresinde bulunan saldırgandan ve ailesinden korkmasıdır. Uğradığı bu mağduriyeti bir yabancı ile paylaşamayacak derecede mahrem bir konu olarak algılaması da nedenlerdendir. Özellikle bizim toplumumuzda yaşayan kadınlar, aile içinde yaşanan cinsel şiddet hakkında yetersiz bilgiye sahipler ve bu davranışları şiddet olarak algılayamamaktadırlar. Karı koca arasında yaşanabilecek cinsel taciz olayları, evlilik ve aile yapısı içinde normal bir olay olarak algılanmakta ve bu nedenle de cinsel istismar olayları yargıya intikal etmemektedir. Ülkemizde tecavüze uğrayanların başvuracakları özel eğitilmiş adli ve tıbbi birimler bulunmadığından, gerekli yasal düzenlemeler yapılmamış olduğundan ve tecavüzün ispatlanması zorunluluğu nedeniyle kadınlar tecavüze uğradıklarını bildirmekten çekinmektedirler (92).

İngiltere National Health Service’de sağlık çalışanlarının aile içi şiddete bakışını inceleyen nitel çalışmada, büyük çoğunluğunun aile içi şiddeti toplumsal bir sağlık sorunu olarak gördükleri belirtilmiştir (117). Yurt dışında yapılmış benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının % 90,0’ ı “aile içi şiddeti önemli bir sağlık bakım konusudur” şeklinde ifade etmişlerdir (118). Aba’ nın 1999 yılında yaptığı çalışmada hekim, hemşire ve ebelerin % 54,3’ ünün aile içi şiddeti Türkiye’de sağlık sorunu olarak görmediği saptanmıştır (88). Yani ülkemizde hala sağlık profesyonellerinin yarısından fazlası kadına yönelik şiddeti sağlık sorunu olarak görmemektedir. Bu araştırmanın üzerinden 16 yıl geçmiş ve kadına yönelik şiddet konusunda toplumsal bilincin artmış olmasına rağmen ülkemizde ki sağlık profesyonellerinin bu konuyu önemli bir sağlık sorunu olarak görmesi bilincinin henüz yeterli olmadığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda yukarıdaki konulara ilaveten sağlık çalışanlarının AİŞ’ e uğrayan kadın hastasına karşı davranış ve tutumları da sorgulandı. Sorularımızın yanıtlarını, “aktif davranış”, “pasif davranış” ve “davranış yok” olarak ayırdık. Aktif davranışları sağlık çalışanları ve özellikle de hekim tarafından uygulanması gereken aktif çabalar olduğunu düşünerek ayırdık. Diğer şıklar pasif davranışlar olup her hangi bir çaba

gerektirmeyen davranışlar olarak sınıfladık. Aktif davranışlar içerisinde bildirimde bulunma olarak “muayene edip sağlık raporu hazırlamak” ve “155 arayarak polise haber vermek” yanıtlarını kabul ettik. Muayene etmek ve sağlık raporu hazırlamak hekimin birincil görevleri arasında yer alırken, ebe ve hemşirelerinde şiddeti tespit halinde kolluk kuvvetlerine bildirmesi ya da gerekli formları doldurarak TSM’ ye bildirmesi aktif bildirimde bulunma davranışları olarak kabul edilebilir. Uygulama bu şekilde yürümektedir. Çalışmamız sırasında ki görüşmelerimizde ebe ve hemşirelerin tarama ve kayıt formlarını doldurarak TSM’ ye bildirmeleri bu durumu desteklemektedir.

Araştırma grubunun şiddete uğrayan kadın hastaya yaklaşımları incelendiğinde; sadece % 22 kadarı (52 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtirken, % 18 civarı (41 kişi) ise 155’ i arayarak polise haber verdiğini belirtmiştir. Bu iki davranışı sergileyenler aktif davranış ile bildirimde bulunmuşlardır. Hekimlerin asıl uygulamadaki ilk adımları muayene etmektir. Araştırmamızda AİŞ nedenli başvuru aldığını belirten 124 hekimden ancak üçte biri (43 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtmiştir. Geriye kalan % 65’ lik kısım AİŞ nedenli başvuru almasına rağmen muayene edip adli rapor hazırlamamıştır. Araştırma grubunun sadece % 35’ inin şiddete maruz kalan bu kadın hastaları İl Sağlık Müdürlüğüne ya da TSM’ ye bildirdiği görülmüştür. Diğer bir ifade ile % 65’ i TSM’ ye bildirmemiştir. Buna karşın ilginç olarak çalışma grubumuzun yarısı karakola yönlendirirken, sadece % 17,3’ ü 155’ i arayarak polise haber verdiğini belirtmiştir. Polise haber verenlerin büyük bir çoğunluğu hekimlerden oluşmaktadır. Adli kurumlara yönlendirerek daha pasif bir hareketle yardımcı olmaya çalışanların % 60 kadarı hekimlerden oluşmaktadır. Bu hareket, hekimin aslında KYAİŞ’ e karşı tamamen duyarsız kalmadığını ama yine de açıkça bildirmekten çekindiğini göstermektedir. Bu çekinmenin altında korku yatıyor olabilir. Giderek artan hekime yönelik şiddet olayları bunun kaynaklarından biri olabileceği gibi ilerleyen süreç hakkında yetersiz bilgi nedeniyle de hekimler ceza-i işlemde çekiniyor da olabilirler (Tablo-8 ve 9). Bildirimde bulunma oranı diğer çalışmalara benzer şekilde oldukça düşüktür. Yayla (2009) çalışmasında hekimlerin % 12,2’ sinin fizik muayene yapmada ve % 37,4’ ünün rapor etmede kendini yetersiz hissettiğini bildirmiştir (92).

Çalışmamızda AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşan 237 kişiden; “adli rapor tutarak” ve / veya “polise haber vererek” aktif bildirim davranışlarından en az birini yapanların dörtte üçü (54 kişi) hekim, beşte biri (14 kişi) ebe, % 7’ si (5 kişi) hemşire olmak üzere toplam 73 kişidir. AİŞ yakınması ile başvuran hasta ile karşılaşan hekimlerin (124 kişi) yarısından fazlası (% 56), hemşirelerin % 84’ e yakını, ebelerin % 78’ si bildirimde bulunmadığını ifade etmiştir. Yayla (2009)’ın çalışmasında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında en yüksek oranda (% 73,2) hekimlerin bildirimde bulunduğunu saptamıştır (92).

KYAİŞ’ in belirtilerini tanımak ve buna yönelik tıbbi müdahalede bulunmak sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindedir. Bununla birlikte hekimlere ve ebe, hemşirelere verilen yasal sorumluluklar nedeniyle AİŞ’ in tespiti halinde bildirimde bulunmak zorunlu bir görevdir.

Yeni Türk Ceza Kanunu’na göre gerekse 6284 sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna’na göre aile içi şiddete tanık olan herkes bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumludur (83).

Türkiye genelinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde İl Kamu Hastaneler Birliği iş birliği ile yürütülen, birçok mezuniyet sonrası KYAİŞ eğitim oranlarına bakıldığında, eğitime rağmen bildirim yapma oranının çok düşük olduğu gözlenmiştir. Bildirim yapmayan sağlık çalışanları, bildirim yapmayarak hem kendilerini hem de şiddete uğramış kişileri risk altında bıraktığının farkına varamamıştır. Çünkü bildirim yapmak sağlık çalışanının yükümlülüğüdür. T.C.K. Madde 279’da Kamu görevlilerinin, Madde 280’de ise sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi veya bildirim geciktirilmesinden doğacak cezai sorumluluktan bahsetmiştir.

Çalışma grubumuzda, AİŞ şikayeti ile başvuran hasta ile karşılaşan ve aktif bildirimde bulunanlar cinsiyetlerine göre incelendiğinde; kadınların dörtte biri (38 kişi) erkeklerin ise yarıya yakındır (35 kişi). Bizim çalışmamızda erkekler kadınlara göre daha fazla bildirimde bulunmuştur (Tablo-10). Buna karşılık Sarıbiyik (2012)

çalışmasında kadınların % 80,9' unun ve erkeklerin % 83,9' unun kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yaptıklarını belirtmişlerdir (1).

Rose ve arkadaşları ise çalışmasında kadın hekimlerin empati kurdukları gerekçesiyle daha yüksek oranda adli rapor tutarak bildirimde bulduklarını göstermiştir (119). Birçok çalışma, kadın çalışanların şiddeti önlemede daha etkin olduklarını göstermektedir (120,121). Bunun tersine bizim araştırmamızda kadın sağlık çalışanlarının adli rapor tutarak ve / veya polise haber vererek aktif bildirimde bulunma oranının daha düşük olması ülkemizde sağlık personeline yönelik şiddetin yüksekliğinden kaynaklanıyor olabilir. Kadın sağlık personeli bu konuda bireysel güvenliğinden daha çok endişe duyuyor olabilir. Belki de kadın sağlık çalışanları kendi yaşantıları içinde şiddete maruz kalıyor, şiddeti normalleştirip duyarsızlaşıyor olabilir. Bu konu ayrıca araştırılmalıdır ve nedenleri derinlemesine incelenmelidir.

Çalışmamızda “aile içi şiddete” uğrayan kadın hastasına sadece konuşup telkinde bulunarak gitmesine izin veren kişi oranı % 2,5 bulunmuştur. Bu kişilerde ebelere kıyasla 2 katı oranda hekimlerden oluşmaktadır. Gömbül'ün yaptığı odak grup görüşmelerinde de, hemşirelerin şiddeti önleme ve yardım etmeye yönelik çözüm önerilerine bakıldığında kadına, uzlaşmacı, ricacı, yumuşak başlı olması, alttan alması, kendini eşinin beklentileri doğrultusunda ayarlayan davranışları benimsemesi, kadınlık rollerini eksiksiz olarak yerine getirmesi, güçlü yönlerini gizlemesi, cinsel cazibesini kullanarak baş etmesi önerilerinde bulunmuşlardır (122).

Aba' nın (1999) çalışmasında sağlık profesyonellerinin aile içi şiddet vakalarına yaklaşımları incelendiğinde; % 49,7' si şiddet mağduruna yardım alabileceği güveni vereceğini, % 42,3' ü sorular yönlendirerek durumu anlamaya çalışacağını belirtirken, % 17,7' si görmezden geleceğini belirtmiştir. Bildirim yapmama nedenleri incelendiğinde katılımcıların % 47,4' ü mağduru daha kötü duruma düşüreceğini düşündüğünden, %13,7'si yasal sürece ait bilgi yetersizliğinden, %2,1'i sorunu kendisinin çözeceğine inandığından bildirim yapmadığını belirtmiştir (88).Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Richardson' ın (2002) çalışmasında birinci basamakta

çalışan hekimlerin dörtte üçünün şiddet mağduru kadını kayıt altına almadıklarını göstermiştir (123).

AİŞ şikâyeti ile başvuran hastası olup, bildirimde bulunmayan sağlık personeline (164/237 kişi), kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep /sebepleri sorduğumuzda; yarıdan fazlası (94/164 kişi) en yüksek oranda AİŞ' i tespit etseler bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadıkları yanıtını vermişlerdir. Çalışma grubunun % 28' i başvuran hastanın şiddete uğramış olduğunu net olarak tespit edemediklerini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının beşte biri ise ayrı ayrı oranlarda rapor hazırlama, takipteki isteksizliği ve bilgi eksikliği olduğunu belirtmiştir.

Günümüzde bir çok ilde kadına yönelik şiddet eğitimleri verilmesine rağmen her 10 kişiden birisi "Süreç hakkında bilgi eksikliğim nedeniyle takip edemedim" yanıtını halen vermektedir. Alkoot ve arkadaşları (2010) çalışmasında sağlık çalışanları bilgi yetersizliği ve tecrübesizlik nedeniyle KYŞ' e karşı olumsuz tutum göstermişlerdir (124).

Adli rapor hazırlanması ve takipteki süreçle uğraşma isteğinin olmadığını belirten % 10,4 kişinin isteksizlik nedeni bilgi eksikliği olabilir. Bununla beraber geçmişte kadına yönelik şiddet ile ilgili bildirimde bulunup şiddete maruz kalma ya da bildirdiği halde sürecin başvurulmuş kurumlar tarafından (karakol, adliye, şönim vb) yeterli takip ve yardımın sağlanmaması gibi olumsuz deneyimler nedeniyle olabilir.

Diğer bildirimde bulunmama nedenlerine bakacak olursak; hem mesai saatleri içinde ASM' de polis vb. destek olmadığı için, hem de mesai saatleri dışında, ASM dışında güvenliğinden emin olmadığı için bildirimde bulunmadığını söyleyenler, çalışma grubunun yarıya yakın bölümüdür (%42). Bu rakam her beş sağlık çalışanından ikisinin çalışma ortamında güvenliğinden emin olmadığını göstergesidir. Aba' nın (1999) çalışmasında sağlık profesyonellerinin % 17,7' si KYAİŞ vakalarını görmezden geleceklerini belirtmişlerdir (88).

Türkiye' de birinci basamakta çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının iş yükümlülükleri çok fazladır. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele

alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla yükümlüdür.

Ülkemizde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu, adli rapor hazırlamadaki tecrübesizlik, güvenlik sorunları gibi nedenlerden dolayı aile içi şiddet konusunda beklenildiği kadar bildirim olmamaktadır. Çalışmamıza katılan sağlık mensuplarının yaş ortalaması $42,6 \pm 6,5$ (min-maks: 26-62) olmasına rağmen, tecrübe ile rapor tutulma oranı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,005$). Son zamanlarda Türkiye’de sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığı gittikçe artmaktadır ve bu ciddi bir sorun haline gelmiştir (125-128). Yine çalışmamızda yaklaşık her iki sağlık çalışanlarından biri karşılaşıcağı güvenlik problemlerinden dolayı bildirimde bulunmamaktadır

Şiddet sağlık çalışanları üzerinde uzun süreli, olumsuz etkilere sahiptir. Bunlar moral bozukluğu, memnuniyetsizlik, iş doyumunda azalma, anksiyete, özgüvende azalma, mesleğe saygı inancında azalma, çaresizlik duygusu, tükenmişlik duygusu, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve daha bir çok duruma neden olabilmektedir. Bu durumlarda yasal yaptırımların etkili bir şekilde düzenlenmemesi bildirim konusunda yetersizliklere, tereddütlere ve belki de korkulara neden olmaktadır (22, 25).

Sağlık çalışanlarının savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rolleri vardır. Bunlara ek olarak kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonunu sağlamak görevleri arasındadır. Ebe ve hemşireler ise şiddet gören kadınları, yasal hakları ve çözüm yolları konusunda bilgilendirme ve uygun kanallara yönlendirmekle görevlidirler (129). Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet sorununa yönelik sorumluluklarını yeterince yerine getirememelerinin nedenleri; hem mesleki donanımlarındaki eksiklikler hem de kurumsal politikalar olabilir. Mezuniyet öncesi eğitim programının olmayışı gibi birçok başka neden de hem tanıyı koymayı hem de bildirimini engelleyebilir. Aile hekimliğinde iş yükünün fazlası olması, konuyla ilgili TCK yasasını bilmemek, güvenlik ve korunma ihtiyacı bunlara neden olarak eklenebilir (130). Ayrıca genellikle şiddete maruz kalan kadınların acil bir durum olmadığı sürece sağlık kuruluşuna başvurmadığı, başvuru yapanların ise geliş nedenlerini saklayarak yanlış bilgi verdikleri bilinmektedir. Bu gibi birçok nedenden dolayı sağlık kuruluşuna

başvuran bir kadını değerlendirmede, şiddet bulgularını ortaya çıkarmada sağlık çalışanlarının rolü büyüktür.

Turhan' ın 2006 yılında Erzurumda yaptığı bir araştırmada, kadınların önemli bir bölümü kadına yönelik şiddet konusunda yine kadını suçlu bulmuştur (131). Araştırmamızda ise katılımcıların % 2,4' ü şiddeti uygulayanın da kendince haklı sebeplerinin olabileceğini belirtmiştir. Araştırmamızda ki bu oran yüksek olmamakla birlikte sağlık personelin içinde bu düşüncede olan kişilerin olduğunu bilmek üzücüdür. Bozkurt (2013) çalışmasında ebelik öğrencilerine “ şiddeti önlemeye ve korumaya yönelik çözüm önerileri” sorduğunda; öğrencilerin % 11,8' i kadına “Öncelikle eşini kızdıracak ne yaptığı sorulmalıdır” şeklinde yanıt vermiştir (132). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'ün sonuçlarına göre kadınların % 39,0' ı, kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkide bulunmayı reddetmesi gibi nedenlerin herhangi birisine bağlı olarak eşlerinin kendilerine fiziksel şiddet uygulayabileceğini belirtmişlerdir (133).

Tüm bunlara ek olarak çalışmamızda şiddet ihtimali uyandıran bulgular da irdelenmiştir. Herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedeniyle başvuran kadın hastada, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak şüphe duyanlardan; aktif davranış, pasif davranış ya da bir davranışta bulunmamak seçeneklerinden tek birine cevap verenlerin (90 kişi) TÖP' ları incelenmiştir. TÖP' na göre kısmen yeterli ve yeterli puan (\geq % 50 puan) alanların üçte birinin (30 kişi) pasif davranış göstermekte olduğu, dörtte birinden fazlasının (25 kişi) hiçbir şey yapmadığını ve ancak beşte bir kadarının (17 kişi) aktif davranışta bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 29). Bu sağlık çalışanlarının TÖP' larına göre, kadına yönelik aile içi şiddete (KYAİŞ) yönelik davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Buna göre, AİŞ mağduru kadına karşı yaklaşımda, şiddetin belirtilerini tanımanın bir farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır.

Başka bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedeniyle başvuru sırasında, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak; AİŞ' ten şüphelenen kadın hekimlerin, bildirimde bulunacağını belirtenlerin (14 kişi) TÖP' larına baktığımızda, tamamının \geq % 50 puan aldığı

görülmüştür. Erkek hekimlerden % 80 kadarının (13/16 kişi) TÖP değerlendirilmesinde \geq % 50 puan aldığı görülmüştür. Buna göre kısmen yeterli de olsa şiddetin belirtilerini tanıyan hekimlerimizin bildirimde bulunmaktan kaçınmadıkları görülmüştür.

Sarıbıyık'ın (2012) çalışmasında, araştırma grubunun cinsiyeti ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların duygusal ve fiziksel belirtiler alt puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (1).

Çalışma grubumuzdaki sağlık çalışanlarından; herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedeniyle başvuru sırasında, KYAIŞ belirtilerini tanıyarak; aile içi şiddetten şüphe duyduğunuz kadın hastanız oldu mu? ” sorusuna % 60' dan fazla (165 kişi) kişi evet yanıtı vermiştir. Bunlardan çoğunluğun, % 47,3 (78 kişi) oranı ile hastayı adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirdiğini belirttiği görülmüştür. Karakola gitmesi için yönlendirenler % 23,0 (38 kişi), ŞÖNİM' e yönlendirenler % 7,9 (13 kişi) bulunmuştur. Hiçbir şey yapmadığını belirten % 10,3 (17 kişi), sadece konuşarak telkinde bulunduğunu belirten % 15,2 (25 kişi)' dir.

Çalışma grubunun; meslek hayatı boyunca, herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğu hastasına karşı daha aktif bir davranışta bulunanların % 21,8' i (36 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını, % 12,7' si (21 kişi) 155' i arayarak polise haber verdiğini, % 23,6' sı (39 kişi) müdürlüğe ya da TSM' ye bildirdiğini belirtmişlerdir (Tablo-13).

Bu aktif davranış içerisinde; “muayene edip sağlık raporu hazırlayarak” ve/ veya “polise haber vererek” asıl bildirimde bulunma davranışlarından en az birini yapanların oranı toplamda % 26 kaddı (43 kişi). Buna karşı % 74 civarının (122) bildirimde bulunmadığı görülmüştür.

Bildirimde bulunmayanlara baktığımızda, yaklaşık yarısını hekimlerin oluşturduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre baktığımızda % 63 kadarının kadınlardan oluştuğu görülmüştür.

İlginç bir şekilde bildirimde bulunmayanların çoğu evlilerden oluşmaktadır (%89,3).

Herhangi bir (şiddet dışı) sağlık sorunu nedenli başvurusu sırasında, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak; AİŞ' e uğradığından şüphe duyduğu hastası için bildirimde bulunmayanlara (122 kişi), kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebepler sorulmuştur. Buna göre hekim, ebe ve hemşirelerin neredeyse tamamı önemli olmadığını düşündükleri için bildirimde bulunmadıkları yanıtını vermişlerdir. Önemli olmadığını düşünen 121 kişinin yarısından fazlası (63 kişi) hekimlerden, % 38,0' i (46 kişi) ebelerden, % 7,3' ü (3 kişi) ise hemşirelerden oluşmaktadır. Bildirimden alıkoyan sebepler arasından ikinci en çok işaretlenen “Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım” şikkı olmuştur. Bunu işaretleyen 72 kişinin yarısından fazlası (38 kişi) hekim iken, üçte birden fazlası (26 kişi) ebe, onda biri kadarı (8 kişi) hemşirelerden oluşmaktadır. Şiddeti net olarak tespit edemeyen 41 kişinin yarısından fazlasının (23 kişi) hekimlerden, % 36,6' sının (15 kişi) ebelerden, % 7,3' ünün (3 kişi) hemşirelerden oluştuğu görülmüştür. Akan ve ark (2008) çalışmasında ebe ve hemşirelerin % 26,0' sı şiddeti tanımlayamadıklarını bildirmiştir (134).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hekim, hemşire ve ebelerin şiddete yönelik gerek tutumlarını ve mesleki donanımlarını gerekse kurumsal politikardan dolayı sorumluluklarını yeterince yerine getiremediklerini belirtmiştir (135). Literatür ve çalışma bulgularımız hekim, hemşire ve ebelerin özellikle hastanelere başvuran kadınlarda şiddeti tanımlama ve yaklaşımda yetersiz donanıma sahip olduğunu düşündürmektedir (136). Daha az olmakla beraber 3 kişi, şiddeti uygulayanın da kendince haklı sebepleri olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Bunu belirtenlerin tamamı ebelerden oluşmaktadır.

Cinsiyetlere göre bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebepler incelendiğinde; “Adli rapor hazırlanması isteğimin olmaması” haricindeki bütün nedenler, en çok kadın hekimleri bildirimden alıkoyan sebepler olarak görülmüştür.

Çalışmamız da en son bildirimde buldukları olgunun nasıl sonlandığı sorusuna; nerdeyse üçte biri (74 kişi) hiçbir fikrinin olmadığı ve geri bildirim almadıkları yönünde yanıt vermiştir. Bu kişilerin % 60' a yakını (44 kişi) hekimler, % 4 kadarı (3 kişi) hemşireler ve % 36 civarını (27 kişi) ebeler oluşturmaktadır. Geri bildirim alamamış olmak, bildirimde bulunmuş olsa dahi sağlık personelinin motivasyonunu azaltacak ve daha sonraki KYAİŞ olguların bildiriminde duyarsız davranmasına ya da umutsuzluğa kapılmasına neden olabilecektir. Bu da bildirimde bulunmaktan alıkoyan nedenlerden olabilir. Yine üçte bir kadarı başvurulmuş kurum tarafından (karakol, adliye, Şönim) yeterli yardımın sağlandığını belirtirken, bunların da yarısı hekim, üçte biri ebe, % 15 kadarı hemşirelerden oluşmaktadır. Başvurulmuş kurum tarafından (karakol, adliye, Şönim) yeterli yardımın sağlanmadığını % 13 kadarı belirtirken, meslekler göre dağılımları ise dörtte üçü hekim, % 13 civarı ebe, %10' u hemşire şeklindeydi. AİŞ nedeniyle başvuran olgular için sağlık çalışanlarından % 10' dan azı henüz sonuçlanmadığını ifade etmiştir.

Meslek hayatı boyunca AİŞ' e uğradığı için başvuran kadın hastası olan ve/ veya herhangi (şiddet dışı) bir sağlık sorunu ile gelip, AİŞ' e uğradığından şüphelendiği hastası olduğunu belirten sağlık çalışanlarını (245 kişi) bildirimde bulunmaktan alıkoyan nedenler sorgulandığında; yarısından fazlası (133 kişi) şiddeti tespit etseler bile şiddet mağduru ile şiddeti uygulayan bireyin birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Ankete katılanların üçte birinden fazlası (85 kişi) şiddeti net olarak tespit edemediklerini, dörtte biri (62 kişi) ise çalışma saatleri dışında güvenliğinden emin olmadığı için bildirimde bulunmadığını ifade etmiştir. Yine sağlık çalışanlarının dörtte biri (59 kişi) ASM' de güvenlik ya da polis bulunmadığı için bildirimde bulunmadığını belirtmiştir. Süreç hakkında bilgi eksikliği olması nedeniyle bildiremeyenlerin oranı % 11,0 (27 kişi), adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteği olmadığı için bildirimde bulunmayanların oranları ise % % 11,4 (28 kişi) olduğu gösterilmiştir. Araştırma grubunun % 2,4' ü (6 kişi) şiddeti uygulayana da haklılık payı veririrken, % 1,6' sı (4)'i tespit edilen şiddetin bildirimini önemsiz olarak düşünmüştür.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına; “AİŞ şikayeti ile gelen ya da KYAİŞ belirtilerini tanıyarak, AİŞ’ ten şüphe duyduğunuz kadın hastanız olursa ne yaparsınız?” diye sorduk. Buna % 50’ den fazlası adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendireceği yanıtını vermiştir. Bu şekilde bir bilgilendirme ile çoğunluğun aktif bir davranıştan kaçındığı ve sadece mağduru yönlendirme ile yetindiği görülmüştür. Bununla birlikte ankete katılanların % 70’ a yakını rapor hazırlamayacağını ve % 75’ e yakını ise polisi aramayacağını belirterek aktif bildirimde bulunmama tutumu göstermiştir. Çok düşükte olsa % 2,6 ile hiçbir şey yapmam diyenlerin tamamı hekimlerden oluşmaktadır. Sadece konuşarak telkinde bulunacağı yönünde tutum belirten 16 kişiden (% 6,0), yarıya yakını (7 kişi) hekimlerden ve geriye kalanı ebelerden oluşmaktadır. Bu son iki durumda başvuran hastaya aktif bir müdahale ve çözüm içermemektedir.

Hekimlerin asıl uygulamada ki ilk adımları muayene etmektir; ancak çalışmamızdaki 129 hekimin sadece % 40’ ı (52 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırlayacağı yönünde bir tutum belirtmiştir. Bu oranın meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı çıkma sebebi de bu görev sorumlulukların farkından dolayı olabilir. İlave olarak ASM’ deki sağlık çalışanlarının % 69’ u bildirimde bulunma tutumlarından 155’ i arayarak polise haber verme tutumunu belirtmişlerdir. Buna karşın bu tutumu da anlamlı bir farklılıkla hekimlerin göstermiş olduğu görülmektedir. Yine hiçbir şey yapmam şeklinde ki tutum belirtenlerin tamamı üzücü bir şekilde hekimlerden oluşmaktadır.

“Ne yapılırsa kendinizi güvende hissedersiniz ve şiddeti kayıt altına alıp bildirirsiniz?” sorusuna % 68,4’ ü (182 kişi) bizim önerilerimiz arasından “ özel bir *kod* uygulaması ile bu durumu anında müdürlüğe bildirebilmeyi ve orada önceden oluşturulmuş olan bir ekip ile gerekli işlemlerin yapılmasını” istemiştir. Ek olarak % 57,1’ i (152 kişi) çalıştığı yerde yeterli güvenlik önlemlerinin olmasını, % 53,8 (143 kişi) ASM’de durum tespitini tek başına değil, bir ekip (Hekim, Ebe/ Hemşire, psikolog...) olarak yapabilmeyi istemiştir.

Çalışmamızda hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadınlara önerilebilecek telefon hattı hakkındaki bilgi düzeyleri soruldu ve buna göre önerilebilecek hatlardan; en az birini bilen % 92,1, hepsini bilen % 3,4, hiçbirini bilemeyen % 4,5 katılımcı tespit edilmiştir.

Benzer şekilde şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadınlara önerilebilecek kurumlar hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında; en az birini bilen % 86,8, hepsini bilen % 8,3, hiçbirini bilemeyen % 4,9 katılımcı tespit edilmiştir.

SONUÇLAR

- Araştırma grubunun yaklaşık % 90' ı meslek hayatı boyunca, aile içi şiddete uğradığı için kendisine başvuran kadın hastası olduğunu belirtmiştir.
- “Son bir yılda aile içi şiddete maruz kaldığı için başvuran kadın hastanız oldu mu?” sorusuna cevap verenlerin % 60' dan fazlası başvuru aldığını, bunların büyük bir çoğunluğu 1-3 kez başvuru aldığını belirtmiştir.
- ASM' lerde görevli hekim, hemşire ve ebelerin kadına yönelik aile içi şiddetin (KYAİŞ) belirtilerini tanıma durumları HEHKYSBTY ölçek formu ile incelenmiş ve yaklaşık üçte ikisinin (% 62,3) kadına yönelik şiddet bulgularını tanıma bilgilerinin “kısmen yeterli” olduğu görülmüştür.
- Duygusal alt ölçek puanı erkek hekimlerde, kadın hekimlerden yüksektir.
- Hekim ve aile sağlığı elemanlarının toplam ölçek puanları ve fiziksel-duygusal alt ölçek puanları incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,005$).
- Araştırma grubunda yer alan sağlık çalışanlarının TÖP' larına göre KYAİŞ' e yönelik davranışlarında (aktif/pasif/davranış yok) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p> 0,05$). Buna göre, AİŞ mağduru kadına karşı yaklaşımda, şiddetin belirtilerini tanımanın bir farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır.
- Çalışmamızda sağlık çalışanlarına; “AİŞ şikayeti ile gelen ya da KYAİŞ belirtilerini tanıyarak, AİŞ' ten şüphe duyduğunuz kadın hastanız olursa ne yaparsınız?” diyerek **tutumlarını** sorduk.
 - Buna % 50' den fazlası adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendireceği yanıtını vermiştir.
 - Bununla birlikte araştırma grubunun % 70' e yakını rapor hazırlamayacağını ve % 75' e yakını ise polisi aramayacağını belirterek aktif bildirimde bulunmama tutumu göstermiştir.

- Bu konuda hekimlerin tutumu incelendiğinde sadece % 40' ı muayene edip sağlık raporu hazırlayacağı yönünde bir tutum belirtmiştir.
- Araştırma grubunun **AİŞ şikâyeti ile başvuran** kadın hastaya yaklaşımları incelendiğinde;
 - Sadece % 22 kadarı muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtirken, % 18 civarı ise 155' i arayarak polise haber verdiğini belirtmiştir.
 - Araştırmamızda AİŞ nedenli başvuru aldığını belirten 124 hekimden ancak üçte biri (43 kişi) muayene edip sağlık raporu hazırladığını belirtmiştir. Geriye kalan % 65' lik kısım **AİŞ nedenli başvuru almasına rağmen muayene edip adli rapor hazırlamamıştır.**
 - AİŞ şikâyeti ile başvuran hastası olup, bildirimde bulunmayan sağlık personeline, kendilerini bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep /sebepleri sordüğümüzde; yarıdan fazlası “AİŞ’ i tespit etseler bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi” nedeniyle bildirimde bulunmadıkları yanıtını vermişlerdir. Bu en yüksek oranda bildirimden alıkoyan nedendir.
 - AİŞ şikâyeti ile başvuran hastası için bildirimde bulunduğunu belirtenlere, en son bildirimde buldukları olgunun nasıl sonlandığını sordüğümüzde; nerdeyse üçte birinin (73 kişi) hiçbir fikrinin olmadığı ve geri bildirim almadıkları yönünde yanıt verdiği görülmüştür.
- Çalışma grubumuzdaki sağlık çalışanlarından; “Herhangi bir (**şiddet dışı**) sağlık sorunu nedeniyle başvuru sırasında, KYAİŞ belirtilerini tanıyarak; aile içi şiddetten şüphe duyduğunuz kadın hastanız oldu mu? ” sorusuna % 60' dan fazla kişi evet yanıtı vermiştir. Evet diyenlerin % 47,3' ü hastayı adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirdiğini belirtmiştir.
 - Daha aktif bir davranışta bulunanların % 21,8' i muayene edip sağlık raporu hazırladığını, % 12,7' si 155' i arayarak polise haber verdiğini, % 23,6' sı müdürlüğe ya da TSM' ye bildirdiğini belirtmişlerdir.
 - **Şüphe duyulup, şiddet tanısı konulmasına rağmen;** hekim, hemşire ve ebelerin yeteri kadar bildirimde bulunmadıkları görülmüştür.

- Bildirimde bulunmayanlara baktığımızda, % 52.5 'ini hekimlerin oluşturduğu görülmüştür.
 - Bildirimde bulunmayanların % 63,1' i kadındır.
 - Bildirimde bulunmayanların çoğu evlidir (% 89,3).
 - Hekim, ebe ve hemşirelerin sahip oldukları nüfus, birinci basamakta çalışma süreleri ve çocuk sahibi olma durumları ile bildirimde bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
 - **Şüphe duyulup, şiddet tanısı konulmasına rağmen, bildirimde bulunmayan hekim, ebe ve hemşireleri bildirimden alıkoyan nedenler** arasında; en yüksek oranla, “önemli olmadığını düşünmeleri” olduğu görülmüştür. İkinci olarak, “şiddeti tespit etseler bile kadınların, şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi” nedeniyle bildirimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir.
 - Bildirimden alıkoyan nedenler arasından “şiddete maruz kaldığından şüphe duydum ama şiddeti tespit edemedim” diyenlerin yarısından fazlası hekimlerden oluşmaktadır.
-
- **“Ne yapılırsa kendinizi güvende hissedersiniz ve şiddeti kayıt altına alıp bildirirsiniz?”** sorusuna % 68,4' ü bizim önerilerimiz arasında yer alan “ özel bir kod uygulaması ile bu durumu anında müdürlüğe bildirebilmeyi ve orada önceden oluşturulmuş olan bir ekip ile gerekli işlemlerin yapılmasını” istemiştir.
 - Çalışmamızda hekim, hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadınlara önerilebilecek telefon hatları soruldu ve buna göre önerilebilecek hatlardan; en az birini bilen % 92,1 katılımcı tespit edilmiştir.
 - Benzer şekilde şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadınlara önerilebilecek kurumlar soruldu; % 86,8' inin en az birini bildiği tespit edildi.

ÖNERİLER

Sağlık çalışanları, etik ve mesleki kodlar doğrultusunda aile içi şiddet mağdurunu tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidir.

- Bunu destekleyebilmek için mezuniyet öncesi eğitim müfredatında KYAIŞ konusuna ayrıntılı yer verilmelidir. Buna ilave mezuniyet sonrası eğitimler düzenli olarak tekrarı ve devamı niteliğinde sağlanmalıdır. Böylece diğer tıbbi durumlardan ayırıcı tanısı daha kolay yapılabilir. Sistemde yer alan aile hekimlerinin belli dönemlerdeki mesleki sirkülasyonları ve yer değiştirmeleri nedeniyle bu eğitimler ara ara yenilenmelidir.
- Şiddetin tanınmasını arttırabilmek ve kolaylaştırmak adına şiddet gören kadına da farkındalık ve eğitim verilmelidir. Bunlar **medya** desteği ile kolaylaştırılabilir. Şiddet olarak sadece fiziksel şiddeti algılayan toplumumuz psikolojik ve ekonomik şiddet gibi şiddetin diğer türleri hakkında da bilgi sahibi olmalıdır. Bunlar için kamu spotu niteliğinde hatırlatmalar ve görsel medya unsurları kullanılabilir.
- Tanısı konulan şiddet olgusunu sağlık görevlileri ve özellikle de hekimler daha pratik, kolay ve güvenilir bir şekilde bildirebilmelidir. Bunun için; her hangi bir zamanda, her hangi bir sağlık kuruluşuna şiddet nedeniyle başvuran mağdurun kimlik numarasına ya da hasta kayıt bilgi sayfasına şiddetle ilgili **özel bir kod** girilebilmelidir. Nasıl ki son uygulamalarda, başvuru yapan gebe hastalar için ya da adli durum kaydı olan hastalar için uyarı ekranı oluşuyorsa; şiddet mağdurları için de aynı uyarı sayfası doktorun ekranına düşebilmelidir. Bu kayıt aynı anda kişinin T.C kimlik numarası üzerinden bağlı bulunduğu aile hekimliğine veya sağlık il müdürlüklerine de bildirilmelidir. Böylece gözden kaçan durumlar kayıt altına alınabilir ve o anda saldırganın, bildiren hekime karşı öfkelerini yansıtmayı engellenmiş olur. Bu uygulama, bir çok kez küçük travmalar nedeniyle başvurusu olan ama konuşarak derdini söylemekten çekinen şiddet mağdurları

için ortak bir çığılık olacaktır. Tanıyı koymakta zorlanan sağılık personeli içinde uyarıcı olup farkındalık oluşturacaktır. Hatta bu kod uygulaması işlemleri ile bildirim sürecindeki engeller ve eksik bilgi nedeniyle olan kayıplar da engellenmiş olacaktır. Sağılık kuruluşu, kolluk kuvvetleri ve adli kurumlar arası bir bağ oluşturup takipteki kopuklukları ve kayıttaki eksiklikleri de ortadan kaldırabilecektir.

- Bir çok tıbbi şikayette olduğu gibi KYAİŞ' de de ilk muayene ve adli rapor tutumu aile hekimi tarafından istenmektedir. Aile hekimi adli rapor tutan konumda olsa bile sonraki süreçlerin işleyişinde önceden oluşturulmuş bir ekip işe dahil olmalıdır. Bu ekip içerisinde hekim (aile hekimi, adli tıp, psikiyatri vb), psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, polis, savcı vb uzmanlar yer almalıdır. Böyle bir ekibin varlığı, saldırganın bildirim yapan hekim ya da ebe/ hemşireye odaklanmasını önler. Bu da hekim ve ebe/ hemşirenin şiddete maruz kalmasını engeller. Bu durumda kendini güvende hisseden sağılık personelinin KYAİŞ olgularını bildirme sıklığı artacaktır.
- Diğer uygulanabilir bir öneri de her ASM' de en azından bir psikolog bulunmasıdır. Buna ek olarak ailenin gerekli işlemleriyle ilgilenip gereken üst birimlere bildirimde bulunabilmesi açısından sosyal hizmet görevlisi de yer alabilir. Bu sayede hekimin görevi olan diğer işler aksamamış ve şiddeti uygulayanların hedefi olmaktan uzak tutulmuş olacaktır. Burdaki amaç elbette hedefi saptırarak diğer görevlilere yönlendirmek değildir. Böylece bir ekip anlayışı içinde olmanın ilk adımı atılmış olacaktır.
- Bildirmeme nedenlerine bakacak olursak ilk sırada mesai saati içerisinde ya da mesai saati dışında güvenliğinden emin olmayan sağılık personeli bildirim konusunda tereddüt yaşamaya devam edecektir. Her ASM' ye bir kolluk görevlisi ya da güvenlik biriminden bir kişi görevlendirmek her ne kadar gerekli görünse de zor olabilir. Onun içindir ki ekip anlayışıyla bu işi yürütmek bir nebze de olsa sağılık personelimize kolaylık sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Sarıbyık M., G. Güneş. Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri Ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Ve Davranış Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi). Malatya, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- 2- T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2012-2015.
- 3- Tel, H., (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet Ve Hemşirelik Yaklaşımları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2),1-9.
- 4- Dişsiz, M., Hotun, Ş. N., (2008). Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Cilt:1,Sayı:1. Sayfa:50-58.
- 5- D. Yetim, E. Melih Şahin, Aile Hekimliğinde Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım, Aile Hekimliği Dergisi - Cilt 2 Sayı 2.
- 6- Meit Ss, Fitzpatrick Km, Selby Jb. Domestic Violence: İntimate Partner Violence. Rakel Re (Ed).
- 7- Saatçi E. (2002). Aile İçi Şiddet . Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Programı Ve Kitabı S.251, Adana.
- 8- Gawinski B, Ruddy N. Ailenin Korunması: Aile İçi Şiddet Ve Birinci Basamak Hekimi. (Çeviri: Hn Dağdeviren). Mcdaniel Sh, Campbell Tl, Hepworth J, Lorenz A (Editörler). Aile Yönelimli Birincil Bakım. İstanbul: Yüce Yayım; 2005. S.377-99.
- 9- İncecik Y. Ve Ark. Eş Şiddeti Ve Aile Hekimliği. Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ad. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (Tjfmpe) ▪ Www.Tjfmpe.Com ▪ Vol. 3, No. 1 ▪ March 2009

- 10- Dahlberg, L. L. ve Krug, E. G., (2002). *Violence a Global Public Health Problem*, In Krug Etienne G., Dahlberg Linda L, Mercy James A, Zwi Anthony B. ve Lozano Rafael (Eds.), *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization, 1-56.
- 11- VAWOR (2010). “The Facts About Domestic Violence, Violence Against Women Online Resources”, <http://www.vaw.umn.edu/documents/inbriefs/domesticviolence/domesticviolence.html>, 24.05.2013.
- 12- Yıldırım, A. (1998). *Sıradan şiddet: Kadına ve çocuğa yönelik şiddetin toplumsal kaynakları*. İstanbul: Boyut Kitapları.
- 13- UN (2011). “Annual Report 2010-2011: UN Women”, http://www.unwomen.org/wpcontent/uploads/2011/06/UNwomen_AnnualReport_2010-2011_en.pdf, 26.05.2013.
- 14- KSGM (2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*, KSGM, ICON Public Institute, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve BNB Danışmanlık Şirketi, Ankara: Elma Teknik Basım Yayıncılık.
- 15- Akın, A., Paksoy-Erbaydar, N., Gündoğan, S., Uysal, N., Mihçioğur, S., Bayrakçeken, G. ve Türkçelik, E., (2011). “Kadına Yönelik Şiddete Hayır, Ankara İli Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eylem Planı 2011-2015”, http://www2.bayar.edu.tr/cbukam/docs/AnkaraKY_Eylem_Planı.pdf, 24.05.2013.
- 16- Altınay, A. G. ve Arat, Y., (2007). *Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet*, İstanbul: Punto Baskı Çözümleri.
- 17- Garcia M. C., (2012). “Understanding and Addressing Violence Against Women Health Consequences”, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77431/1/WHO_RHR_12.43_eng.pdf, 21.05.2013.
- 18- Bilican, V. G., (2009). “Türkiye’de Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 10 (2), 167-179.
- 19- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva.

- 20- Arın, M. C. (1996). Kadına yönelik şiddet. *Cogito*, 6, 305- 312.
- 21- Öztunalı-Kayır, G. (1998). Kadına yönelik şiddetin araştırılması sorunları. *Geleceğim Elimde, Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı* içinde, (s.17-32), İstanbul: Mor Çatı Yayınları.
- 22- Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.
- 23- Şiddeti Önleme Platformu, “Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu”. http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/Siddeti_Onleme_Platformu_Medya_ve_Siddet_Calisma_Grubu_Raporu_05.Doc. (Erişim tarihi 16.06.2014.)
- 24- Altekin S. Şiddet ve şiddetin farklı türleri. 2013 Şubat, 2013 Eylül (revize edildi). <http://serapaltekin.net/siddet.php> (erişim tarihi 15.09.2014).
- 25- Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.
- 26- Aslanova K. Medeni kanun kapsamında kadına yönelik şiddet. <http://www.uhbabdergisi.com/?sayfa=dergiayrinti&no=117&icerik=medeni-kanun-kapsaminda-kadina-yonelik-siddet&kategori=hukuk> (erişim tarihi 17.05.2014).
- 27- Harcar T, Cakır O, Surgevil O, Budak G. Kadına yönelik şiddet ve türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. *Toplum ve Demokrasi*, Eylül-Aralık 2008;2 (4):51-70.
- 28- Gürkan ÖC, Coşar F. Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(3):124-129
- 29- Erkal S. Aile içi şiddet ve yaşlılar. 25 Ağustos 2008, www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yaslivesiddet.pdf (erişim tarihi 11.08.2014).
- 30- Sayıl I vd. Aile içi ilişkiler ve sorunlar. 2001 Yılı Aile Raporu. TC Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2002.Yayın no: 120.

- 31- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health., World Health Organization. Geneva 2002.
- 32- Kaplan ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddet ve aile içi şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. <http://95.183.211.112/index.php/e-dergi/manager/setup/hdergi.ybu.edu.tr> (erişim tarihi 28.09.2014).
- 33- Ulutaşdemir N. Kadına yönelik şiddet. Sağlık ve Toplum 2002;12(4):15-20.
- 34- Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11:23-29.
- 35- Şahin F, Beyazova U. Çocuğun şiddetten korunma hakkı. http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/151/sahin_beyazova.htm (erişim tarihi 09.04.2014)
- 36- Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele projesi. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, <http://www.kadininstatusu.gov.tr/tr/19162/Kadina-Yonelik-Aile-Ici-Siddetle-Mucadele-Projesi> (erişim tarihi 11.08.2014).
- 37- Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999;2:31-33.
- 38- Polat O. Çocuk ve şiddet. İstanbul, Der Yayınları 2002:85-97.
- 39- Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-151.
- 40- Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:37S-56S.
- 41- Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician 2000;61:3057-3064.
- 42- Polat O. Çocuk Hakları Nedir? İstanbul. Analiz Yayınları 2002: 5-39.

- 43- Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999;59:1577-1585.
- 44- Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. Pediatrics 2002;110(1):11.
- 45- Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an
- 46- Öz F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi 2002;10(2):17-28.
- 47- Büken N, Büken E. Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. Geriatri 2003;6(2):75-79.
- 48- Turla A, Yılmaz EM. Yaşlılıkta istismar ve ihmal. Adli Psikiyatri Dergisi 2007;4 (4):27-35.
- 49- Kıssal A, Beşer A. TAF Prev Med Bull 2009; 8(4):357-364, www.korhek.org 357 Derleme/Rewiev Article (Erişim tarihi 22.04.2014).
- 50- Lecovich E. Elder abuse and neglect in Israel: Acomparison between the general elderly population and elderly new immigrants. Family Relations 2005;54(3):436-47.
- 51- Woolf LM. Elder abuse and neglect. 1998
- 52- Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Dyer CB. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. Journal of American Geriatrics Society 2001;49(1):45-48.
- 53- Altun ÖŞ. Yaşlı istismarı ve ihmali. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Erzurum 4-7 Ekim 2012.
- 54- Koştü N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi 2005;2 (2):527-534.
- 55- Bilgili N. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;6(1-2):6777.

- 56- Yavuzer Y. Okullarda saldırganlık/şiddet: Okul ve öğretmenle ilgili risk faktörleri ve önleme stratejileri. Millî Eğitim Güz/2011;192:43-61
- 57- Tezcan M. Eğitim Sosyolojisi. 9.Baskı, Ankara: Zirve Ofset. 1994.
- 58- Başar H. Sınıf Yönetimi. Ankara: Pegem Yayınları No:13. 1994.
- 59- Öğülmüş S. Okullarda şiddet ve vandalizm. Yayınlanmamış araştırma raporu. Ankara Üniversitesi, E.B.F. 1995.
- 60- Çubukçu Z, Dönmez A. Yazılı basına yansımaları ile okuldaki şiddet olaylarının incelenmesi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi 2014;7(1):44-59
- 61- Pişkin M, Ayas T. Akran zorbalığı ölçeği: Çocuk formu. Akademik Bakış Dergisi 2011 Ocak – Şubat – Mart;23:1-13.
- 62- Çinkir S, Kepenekçi YK. Öğrenciler arası zorbalık (bullying among students). Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, bahar 2003;34:236-253.
- 63- Durmuş E, Gürkan U. Lise öğrencilerinin şiddet ve saldırganlık eğilimleri. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2005;3(3):253-269.
- 64- Yavuzer Y, Gündoğdu R, Dikici A. Teachers' perceptions about school violence in one Turkish city. Journal of School Violence 2009;8 (1):29-41.
- 65- Çöl SÖ. İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum 2008;4:30-107.
- 66- Acar AB, Dündar G. İşyerinde psikolojik yıldırımaya (mobbing) maruz kalma sıklığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2008;37(2):111-120.
- 67- Tınaz P. Mobbing: İşyerinde psikolojik taciz. Çalışma ve Toplum 2006;3:13-28.
- 68- Serdar S, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. Kriz Dergisi, 2004;12 (3):53-62.

- 69- İntihar istatistikleri, 2013. www.tuik.gov.tr (erişim tarihi 21.07.2014).
- 70- Eskin M, Akaoglu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):266-275.
- 71- World Health Organization. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO Pres, Erbaydar, P.N
- 72- Kadına Yönelik şiddetin Sağlık Sonuçları ve Hekim Sorumluluğu Durumu. 1. Kadın Sağlığı Kongre Kitabı, 2008. sf:105-108 Ankara
- 73- Aşırızder, M., (2006). Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*.
- 74- Gürsoy, E.,(2008). Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımında Ebe ve Hemşireliğin Yeri ve Önemi 1.Kadın sağlığı kongresi 'kadına yönelik şiddet kongre kitabı s:149-152 Ankara.
- 75- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). (2014). *Violence Against Women: An EU-Wide Survey: Main Results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- 76- Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi., (2002). *Toplumsal Yaşamda Kadın*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- 77- Polat, O., (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olguların Sağlık Personelinin Yaklaşımı. *Türkiye Üreme Sağlığı Programı*.
- 78- KSGM. Kadına Yönelik Aile içi şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. Kadına Yönelik Aile İçi şiddetle Mücadele Projesi. KSGM Yayınları, 2008.
- 79- Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.

- 80- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- 81- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2015). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara 2015
- 82- Baydur E., Ertem B., (2006). Kadına Yönelik Evlilik İçi Şiddetin Hukuki Boyutları. Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi.
- 83- T.C. Resmi Gazatesi. 6284 Sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. 2012. Online Ulaşılabilir: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf> (Erişim: 23.01.2015).
- 84- Kurşun G., Ceza Hukuku Açısından Kadına Yönelik Şiddet. Çukurova Üniversitesi Hukuk Fakültesi.
- 85- <http://www.ttb.org.tr/data/haber/nisan05/tck.php>
- 86- Akın, A., (Ed). (2008). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. Ankara: AB, KSGM, T.C. Sağlık Bakanlığı, MFİB, UNFPA
- 87- <http://www.turkhukusitesi.com/showthread.php?t=22400>.
- 88- Aba, Y.A. (1999). Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması Ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi. İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü.
- 89- Cinoğlu A. (2015). Sağlık Kurumlarında Şiddet. Pamukkale Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü.
- 90- İlhan M.N. (2013). Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, tutumlar, Davranışlar. Gazi Üniversitesi Tıp Fkültesi Halk Sağlığı AD.
- 91- <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/3289-aile-hekimlii-kanunu>

- 92- Yayla, i.D., (2009). Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 93- Baysan L. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Geliştirme, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2003.
- 94- KSGM. Kadına Yönelik Aile içi şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. Kadına Yönelik Aile İçi şiddetle Mücadele Projesi. KSGM Yayınları, 2008.
- 95- İNCEOĞLU, Yasemin ve KAR, Altan (2010); Dişilik, Güzellik ve Şiddet Sarmalında KADIN ve BEDENİ, Ayrıntı Yayınları,
- 96- ÇİMEN, Latife Kabaklı (2008); Türk Töresinde Kadın ve Aile, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul.
- 97- Balcı F.,(2011);kadın suçlularına karşı polisin yaklaşımı ve iletişim etkisi, Atatürk iletişim Dergisi Sayı 1 / Ocak 2011
- 98- Şahin M.E. (2012); Edirne’ de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddet karşı tutumları
- 99- Gürkan Can Ö.(2009), Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri,
- 100- Uysal, A., Arabacı, L.B.,(2008). Sağlık Çalışanı, polis ve Öğretmenlerin Aile İçi Şiddet Olgularına yaklaşımına yönelik Eğitim Programının Etkinliliği 1. Kadın Sağlığı Kongresi ‘ Kadına Yönelik Şiddet Kongre Kitabı’ s:171 Ankara.
- 101- Kıyak, S., (2008). Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Konya.

- 102- Arabacı ve Karadağlı'nın (2006) hemşire ve ebeler üzerine yaptıkları çalışmada toplam ölçek puan ortalaması 18,38±5,23 olarak bulunmuştur. Sonuçlar, HEHKYSBT' a yönelik TP' ları "kısmen yeterli" sonucu ile benzer özelliktedir.
- 103- Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi., (2002). *Toplumsal Yaşamda Kadın*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- 104- <http://kadininstatusu.aile.gov.tr>
- 105- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130105-5.htm>
- 106- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. (1997). *Aile İçinde ve Toplumsal Alanda şiddet*. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınevi.
- 107- World Health Organization. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO Pres, Erbaydar, P.N
- 108- Kadına Yönelik şiddetin Sağlık Sonuçları ve Hekim Sorumluluğu Durumu. 1. Kadın Sağlığı Kongre Kitabı, 2008. sf:105-108 Ankara
- 109- TÜİK'in 2008 yılı Kadına yönelik Aile içi şiddet Araştırmasında) T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye' de kadına yönelik aile içi şiddet. http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/doc/Ana_Rapor_Mizan_1.pdf. Accessed Ocak 23, 2015
- 110- Batuk, H.İ., (2002). *Kadına Yönelik Aile İçi şiddette Sosyodemografik zellikler ve Adli Tıbbi Yaklaşım*. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 111- Mor atı Kadın Sığınma Vakfı, (1996) *Evdeki Terör: Kadına Yönelik şiddet*. İstanbul: Mor atı Yayınları.

- 112- Vatandaş C. Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet.1.Baskı, Ankara, Uyum Ajans. 2003.
- 113- İstanbul PIAR-Gallup. “Türk Kadınının Gündemi”. Araştırma Raporu. T.C. Başbakanlık, Ankara. 1992.
- 114- İbiloğlu Okan A. Aile İçi Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012. 4(2): 204-222.
- 115- İzmirli Olgun G. Isparta İli Gönen İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Sıklığı Ve Aile İçi Şiddet Görmeye Sebep Olan Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Isparta. 2013.
- 116- Akalın, A., (2010). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Konya.
- 117- Frost M. Health Visitors’ Perceptions of Domestic Violence:The Private Nature of the Problem, Journal of Advanced Nursing. 1999. 30(3): 589-596.
- 118- Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Dall H, Thomas J. Domestic Violence: A Comparative Survey of Levels Detection, Knowledge and Attitudes in Healthcare Workers, Public Health. 2001. 115: 89–95.
- 119- Rose K, Saunders DG. Nurses’ and physicians’ attitudes about woman abuse: the effects of gender and Professional role. Health Care Woman Int 1986; 7: 427-38
- 120- Anderson TR. The role of physician gender in the evaluation of the national centers of excellence in women’ s Health Issues 2004; 1: 30-9.

- 121- Andersen MR, Urban N. Physician gender and screening Do patient differences in mammography use. *Women' s Health* 1997; 26:29-39.
- 122- Gömbül Ö. Hemşirelerin Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 2000.1(1): 19-32.
- 123- Richardson J, Coid j. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:1–6.
- 124- Alkoot I.M, Al-Meerza A.A, Almişel W.M, Ghaya T.AA, Kamel M.I, El-Shazly M.K. Attitude of primary health care physicians in kuwait towards domestic violence against women. *Allexandriae Faculty of Medicine*. 2010:46 No 4.
- 125- Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C ve ark. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *JAEM* 2012;11:115-24.
- 126- İlhan MN, Cakır M, Tunca MN, Avcı E ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *GMJ* 2013;24:5-10.
- 127- Özyurt A, Ogan H, Solakoğlu Z, Bilen A ve ark. Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalıştay anket sonuçları. *İstanbul Tabip Odası* 2009. Erişim: 17.06.2013.
- 128- Şenuzun Ergün F. & Karadakovan A. (2005) Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review* 52,154–160.
- 129- Tel H.(2002). Gizli Sağlık Sorunu:Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2);1-9.
- 130- Hotun Şahin N, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. 2008. Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Deneyimleri Ve Bu Konudaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008 (2): 17-31.

- 131- Turhan, E., Güraksın A., İnandı T.,(2006). Erzurum’da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Sağlık ve Toplum. 2006;16:24-30.
- 132- Bozkurt ÖD, Daşıkın Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Şiddet Konusundaki Bilgi, Görüş ve Mesleki Tutumlarının Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(2):99-107.
- 133- Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı.
- 134- Akan N, Fındıklı MY, Alasya E, Gökçakıroğlu H. (2008). Mersin’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve polikliniklerde çalışan hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kadınlara yaklaşımları. *1. Kadın Sağlığı Kongresi “kadına yönelik şiddet“ Kongre Kitabı*, Ankara, s.213
- 135- International Council of Nurses (ICN). Nurses, Always There For You: United Against Violence. International Nurses’ A Day 2001. Anti-Violence Tool Kit. Geneva.
- 136- Henderson AD. Why is it important for critical care nurses to know anything about wife abuse? Crit Care Med 1992; 12: 27-30



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/35883
Konu :Başvurunuz hk.

22/06/2015

Sayın Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

İlgi :08.06.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Birinci Basamakta çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik aile içi şiddeti ve bildirim konusundaki tutum ve davranışları" konulu çalışmanız 16.06.2015 tarih ve 09 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir

! Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

17/06/2015 Ver.Haz.Kont.İş.

: A.ÖZKAN

EK-2: HEMŞİRE, EBE ve HEKİMLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

	Belirtiler	Doğru	Yanlış
1	Kadının saçlı derisinde görülen yaralar istismar belirtisidir.		
2	Gözde şiddetli iritasyon yakınması ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür .		
3	İstismar edilen kadınların geçici görme-ışitme kaybı şikayetleri vardır.		
4	Kadının genital bölgesinde görülen çürük ve yaralar istismarı düşündürür.		
5	Kadının vücudunda, farklı iyileşme düzeyinde yaraların görülmesi istismarı düşündürür.		
6	Kadının ekstremitelerinde küçük abselerin görülmesi istismar edildiğini gösterir.		
7	Kadının yürüme ve oturma sırasındaki davranışlarına bakarak istismardan şüphelenmek mümkündür		
8	Ekstremitelerinde yaygın ödem görülen kadınlarda istismar düşünülür.		
9	Şiddetli kas kontraksiyonları şikayeti ile başvuran kadınlarda istismar düşünülür		
10	Nedeni belli olmayan pelvik ve abdominal ağrılar istismar belirtisidir.		
11	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, buldukları yeri, kişiyi ve zamanı tanımakta zorlanırlar.		
20	İstismar edilen kadınlarda belirgin kilo değişiklikleri görülür.		
21	Uykusuzluktan şikayet eden kadınlarda istismar olabilir		
22	İstismar edilen kadınlarda halsizlik ve yorgunluk şikayetleri sık görülür.		
23	İstismar edilen kadınlar sadece psikolojik yakınmalarla sağlık ocağına başvururlar		
24	Prenatal bakıma geç başvuran gebelerde istismar düşünülür.		
25	İstismar edilen kadınlarda sık düşük öyküsü vardır.		
26	Gebe bir kadının ısrarlı bir şekilde evde doğum yapmak istemesi istismarı düşündürür.		
27	İstismar edilen kadınların sık aralıklarla ve çok sayıda doğum öyküsü vardır.		
28	Gebe bir kadının erken doğum yapması bir istismar belirtisidir		
29	Çocuklarında büyüme gelişme geriliği saptanan kadınların istismar edildiği düşünülür.		
30	Sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür.		
31	İstismar edilen kadınlar bu durumlarından dolayı genellikle sağlık ocaklarına başvururlar.		

EK-3: HEKİM VE ASE'LERİN KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETİ TANIMA VE BİLDİRİM KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Ülkemizde kadına yönelik aile içi şiddetin tanınması ve bildirim konusundaki araştırmalar çok yetersizdir. Bu nedenle çalışmamıza olan katkınız çok değerlidir. Ayrıca sorulara vereceğiniz cevaplar sağlık çalışanlarının bu konuda ki sorunlarına çözüm üretmek için kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. **Doğum tarihiniz?**
2. **Cinsiyetiniz?** a) Kadın b) Erkek
3. **Mezun olduğunuz okul nedir?**
 - a) Tıp Fakültesi
 - b) Sağlık yüksek okulu .lisans
 - c) Sağlık yüksekokulu önlisans
 - d) Sağlık meslek lisesi
 - e) Diğer (belirtiniz).....
4. **Mesleğiniz nedir?**
 - a) Hekim
 - b) Hemşire
 - c) Ebe
 - d) Diğer:.....
5. **Kaç yıldır birinci basamakta (ASM/Sağlıkocağı/Acil'de) çalışıyorsunuz?**
.....
6. **Hizmet verdiğiniz Aile Sağlığı Biriminde size bağlı olan nüfus kaçtır?**
.....
7. **Medeni durumunuz?** a)Bekar b)Evli d)Eşi ölmüş e) Diğer:.....
8. **Varsa eşinizin mesleği?**.....
9. **Çocuğunuz var mı?** a) Hayır b) Evet ise sayı:

“Kadınlara yönelik aile içi şiddet”Aile içinde medana gelen, kadınlara; kocaları, babaları, erkek kardeşleri ya da sevgilileri tarafından uygulanan cinsiyete dayalı eylemler bütünüdür. Bu eylemler baskı ve üstünlük kurmayı amaçlayan, tehdit, dayatma, kontrol içeren özellikte olabilir. Öyleki fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik zarar ile sonuçlanıp, kadının insan haklarını ihlal edebilir.

10. **Meslek hayatınız boyunca aile içi şiddete uğradığı için size başvuran kadın hasta oldu mu?**
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. **Son bir yıl içinde size hiç aile içi şiddete maruz kaldığı için başvuran kadın oldu mu?**
 - a) 1-3 kez
 - b) 4-6 kez
 - c) 7-9 kez
 - d) 10 ve üzeri
 - e) hiç olmadı

12. **“Aile içi şiddete” uğrayan kadın hastanıza yaklaşımınız ne oldu? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- a) Hiçbir şey yapmadım
- b) Muayene edip, sağlık raporu hazırladım.
- c) 155’i arayarak Polise haber verdim
- d) Müdürlüğe ya da TSM’ye bildirdim
- e) Karakola gitmesi için yönlendirdim
- f) Sosyal hizmetlere bildirdim
- g) Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM=KOZA) ‘ ne yönlendirdim
- h) Sadece konuşup, bu durumla yaşamayı öğrenmesi yönünde telkinde bulundum.
- i) Kendisinin adli kurumlara (savcılık,avukat gibi) başvurması yönünde bilgilendirdim

13. **Taniyı koyduğunuz veya size iletilen şiddeti tarif eder misiniz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- a) küfür, hakaret, tükürme
- b) tehdit ve baskı
- c) tokat, yumruk
- d) cinsel taciz, tecavüz
- e) aletle saldırı (bıçak, silah vs.)
- f) diğer (belirtiniz)

14. **En son bildirimde bulunduğunuz olgu nasıl sonlandı?**

- a) Başvurulan kurumlar (karakol, adliye, şönim vb.) tarafından yeterli takip ve yardım sağlandı.
- b) Başvurulan kurumlar (karakol, adliye, şönim vb.) tarafından yeterli takip ve yardım sağlanamadı
- c) Hiç bir fikrim yok, geri bildirim alamadım
- d) Henüz sonuçlanmadı.

15. **Meslek hayatınız boyunca size herhangi bir sağlık sorunu ile gelip, aile içi şiddete uğradığından şüphe duyduğunuz kadın hastanız oldu mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

yanıtınız hayır ise 17. Soruya geçiniz.

16. **Bu hastanız için ne yaptınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- a) Birşey yapmadım,çünkü:.....
- b) Muayene edip, sağlık raporu hazırladım.
- c) Polise haber verdim.
- d) Müdürlüğe ya da TSM’ye bildirdim.
- e) Karakola yönlendirdim.
- f) Sosyal hizmetlere bildirdim.
- g) Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM=KOZA) ‘ ne yönlendirdim.
- h) Sadece konuşup, telkinde bulunup gitmesine izin verdim.
- i) Hastayı adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendirdim.

17. **“Aile içi şiddete” uğradığından şüphe duyduğunuz bir kadın hastanız olursa ne yaparsınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
- Birşey yapmam. Çünkü:.....
 - Muayene eder, sağlık raporu hazırlarım
 - Polise haber veririm
 - Müdürlüğe ya da TSM'ye bildiririm
 - Karakola yönlendiririm
 - Sosyal hizmetlere bildiririm
 - Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM=KOZA) ' ne yönlendiririm
 - Sadece konuşup, telkinde bulunur gitmesine izin veririm
 - hastayı adli kurumlara başvurması yönünde bilgilendiririm
18. **“Aile içi şiddet” tanısı koyduğunuz ya da şiddete uğradığından şüphe duyduğunuz kadın hastanız olduğunda sizi bildirimde bulunmaktan alıkoyan sebep ya da sebepler nelerdir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
- Şiddete uğramış olduğunu net olarak tespit edemedim.
 - Önemli olmadığını düşündüm.
 - Süreç hakkında bilgi eksikliğimin olması nedeniyle takip edemedim.
 - Adli rapor hazırlanması ve takibindeki süreçle uğraşma isteğim olmadı.
 - ASM' de güvenlik yada polis bulunmadığı için yardım edemedim.
 - Çalışma saati dışında güvenliğimizden emin olamadığımız için bildirimde bulunmadım.
 - Şiddeti biz tespit etsek bile kadınların şiddet uygulayan bireyle birlikte yaşamaya devam etmesi nedeniyle bildirimde bulunmadım.
 - Şiddeti uygulayanın da kendince haklı sebeplerinin olabileceğini düşündüm.
19. **Aşağıdaki şartlardan hangilerinin olması kendinizi böyle bir olay karşısında daha güvende hissettirir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
- Çalıştığım yerde yeterli güvenlik önlemlerinin olması
 - Özel bir kod uygulaması ile bu durumu anında müdürlüğe bildirebilmem ve orada önceden oluşturulmuş olan bir ekip ile gerekli işlemlerin yapılması.
 - ASM'de durum tespitini tek başına değil, ekip (Hekim,Ebe/Hemşire,psikolog...) olarak yapabilmek
 - Diğer:.....
20. **Şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/kadınların size danıştığında ona önerebileceğiniz telefon hat/hatları aşağıdakilerden hangileridir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
- ALO 155 Polis İmdat,
 - ALO 156 Jandarma İmdat
 - ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Özürlü Sosyal Hizmet Danışma Hattı (7 Gün 24 Saat Ücretsiz Hizmet Verir)
 - 112 ACİL
 - Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı- 0212 656 96 96
 - GELİNCİK HATTI 444 43 06

21. **Şiddete maruz kalan ya da risk altındaki kadın/kadınların size danıştığında ona önerebileceğiniz kurum ve kuruluşlar aşağıdakilerden hangileridir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- a) Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü (Sığınmaevi/Konukeyi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık)
- b) Belediyeler (Sığınmaevi/Konukeyi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık, Maddi Yardım)
- c) Sivil Toplum Örgütleri (Sığınmaevi/Konukeyi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık, Maddi Yardım)
- d) Valilik, Kaymakamlık (Sığınmaevi/Konukeyi Hizmeti, Rehberlik, Danışmanlık, Maddi Yardım, Kreş imkanı)
- e) Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (Sığınmaevi/Konukeyi, koruyucu önlemler, Tedbir kararı, Rehberlik, Danışmanlık, kreş)
- f) Barolar ve Baroya Bağlı Kadın Hakları Merkezleri (hukuksal yardım ve destek)
- g) Aile Danışma Merkezleri ve Toplum Merkezleri (sağlık hizmetleri)
- h) ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Özürlü Sosyal Hizmet Danışma Hattı (7 Gün 24 Saat Ücretsiz Hizmet Verir)
- i) ALO 144 Sosyal Yardım Hattı

22. **Kadına yönelik aile içi şiddeti önlemeye yönelik sizce neler yapılabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a) Toplumu eğitime çalışmaları yapılmalı.
- b) Birinci basamakta birey ile aileye eğitim vermek ve farkındalık oluşturmak.
- c) Yasal yaptırımlar düzenlenmeli ve cezalar artırılmalı.
- d) Şiddet mağdurlarının bilinçlenmesi için kamu spotu artırılmalı.
- e) Kadının şiddete maruz kaldığından şüphelendiğimiz durumda, tüm sağlık kuruluşları tarafınca ortak bir **özel kod** uygulaması ile bu durum kayıt altına alınmalı.
- f) Şiddet olayından haberdar olduğunda bu durumu tespit için sağlık personelinin ayrı bir grup (polis, adliye, sosyal hizmetler, psikolog) görevli olmalı.
- g) Şiddet olayını denetleyen özel bir birim ya da kurum olmalı.
- h) Şiddet **uygulayan** kişi ile temasa geçecek kişi sağlık personeli **dışında**, bir ekipten oluşmalı.
- i) ASM' lerde sağlık personeli haricinde; güvenlik görevlisi ve psikolog bulundurulmalı.
- j) Sağlık kurumlarında güvenlik tedbirleri artırılmalı (ancak bu durumda hekimler rahat müdahale edebilirler).
- k) Şiddet olayı bildiriminde performans puanı uygulaması konmalı.
- l) Diğer (belirtiniz)

EK-4 KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMA FORMU

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMA FORMU (ön yüz)

Giriş

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

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

"Soracağım sorulara vereceğiniz tüm cevaplar ve bilgiler gizli kalacaktır."

Sorular

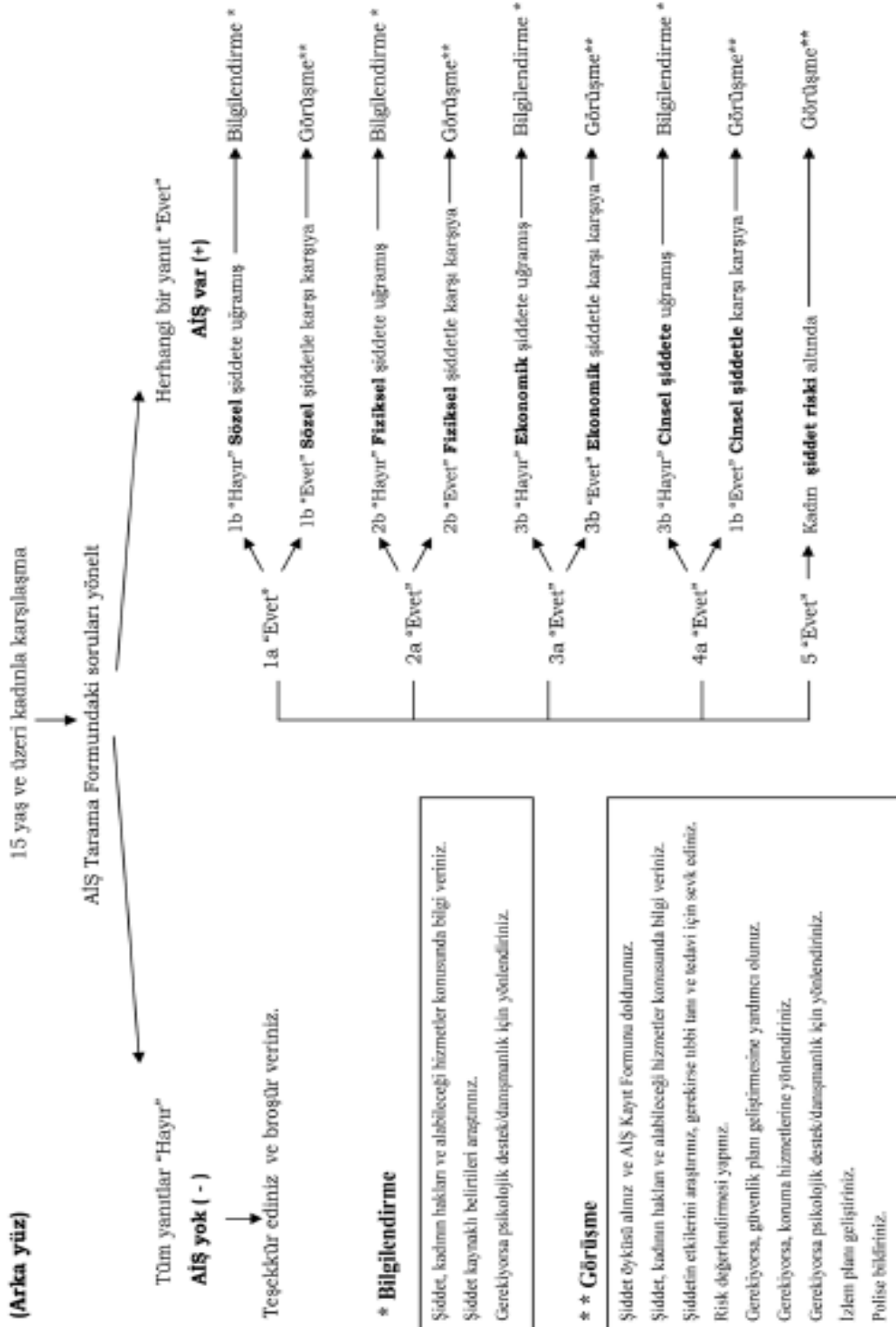
1. a. Son bir yıl içinde eşiniz veya ailenizin diğer üye/üyeleri size karşı hakaret, aşağılama veya küçük düşürücü davranışlarda bulundu mu? E H
b. Evet ise; son 1 ay içinde bulundu mu? E H
2. a. Son bir yıl içinde eşinizden veya ailenizin diğer üye/üyelerinden tekmeleme, tokatlama, dövme, vurma gibi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

Sonuç

Birinci sorunun a veya b şıkkının yanıtı "Evet" ise,
İkinci sorunun a veya b şıkkının yanıtı "Evet" ise,
Üçüncü sorunun a veya b şıkkının yanıtı "Evet" ise,
Dördüncü sorunun a veya b şıkkının yanıtı "Evet" ise,
Beşinci sorunun yanıtı "Evet" ise,
Bütün soruların yanıtı "Hayır" ise,

Sözel şiddet (+)
Fiziksel şiddet (+)
Ekonomik şiddet (+)
Cinsel şiddet (+)
Şiddet riski (+)
AİŞ (-)

ARKA YÜZÜ



EK-5

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Ön yüz)

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

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Arka yüz)

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

* Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası:

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

EK-6: KYAIŞ BİLDİRİM FORMU (Sağlık Kurumlarından Sağlık Müdürlüğüne)

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET BİLDİRİM FORMU
(Sağlık Kurumlarından Sağlık Müdürlüğüne)

SAĞLIK KURUMU:

YIL:

AY:

SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN 15 YAŞ VE ÜZERİ KADIN SAYISI:

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMA FORMU DOLDURULAN KADIN SAYISI:

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU DOLDURULAN KADIN SAYISI:

OLGU NUMARASI	YAŞ	EĞİTİM DURUMU	MEDENİ DURUMU	ŞİDDET TÜRÜ	SONUÇ

EK-7: KYAIŞ BİLDİRİM FORMU (Sağlık Müdürlüğünden Sağlık Bakanlığına)

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET BİLDİRİM FORMU
(Sağık Müdürlüğünden Sağık Bakanlığına)

İl:

Yıl:

Ay:

Sağık Kurumuna Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadın Sayısı:

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu Doldurulan Kadın Sayısı:

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu Doldurulan Kadın Sayısı:

OLGU NUMARASI	YAŞ	EĞİTİM DURUMU	MEDENİ DURUMU	ŞİDDET TÜRÜ	SONUÇ

